



**UNIVERSIDAD DE MATEHUALA, S.C.**

---

---

**INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO**

**CLAVE 8961-25**

**LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA**

**“PRESIÓN ARTERIAL Y GLUCOSA EN ADULTOS  
QUE ACUDIERON A UN TALLER DE TCC:  
ESTUDIO COMPARATIVO”**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:**

**EMMA LAURA PECINA IZQUIERDO**

**Director de tesis: Lic. Héctor Francisco Estrada  
Galicia.**

**MATEHUALA, S.L.P.**

**2020**





Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## Dedicatoria

Primeramente, dedico este trabajo a **Dios**, por darme fuerza, darme vida y permitirme haber llegado a este momento tan importante de mi formación profesional.

A mis **padres** por ser el pilar más importante y demostrarme su amor, paciencia, sacrificio, trabajo, sabiduría y apoyo en todo momento. Por creer en mi capacidad, por brindarme una carrera para mi futuro, son mi inspiración para superarme y ser mejor cada día.

A mi **hermana** y mi **hermano** por ser parte de mi vida, por iluminarla, por ser una de mis motivaciones, por su apoyo moral, por estar cuando más los necesito.

A mi **pareja** quien me acompañó durante todo mi proceso universitario y más, por su ayuda, comprensión, sus consejos y apoyo en cualquier actividad que lo necesito.

**Ustedes** son las personas a quien más amo y ustedes me ayudaron durante todo este proceso, me brindaron lo más importante fueron y serán mi motivación, mi valentía.

Nos costó esfuerzo, así que este éxito no es solo mío, si no de **NOSOTROS**.

Gracias por acompañarme a cumplir mis sueños y una de mis metas, quiero contar con ustedes siempre. Los amo.

## **Agradecimientos**

A mi familia y mi pareja quien es lo más valioso que poseo, por su comprensión, amor y apoyo siempre.

A la Lic. Psic. Edith Martínez Careaga por su apoyo, interés y motivación en el desarrollo de este proyecto.

Al Lic. Psic. Héctor Francisco Estrada Galicia, asesor de tesis por su dedicación, guía, motivación a culminar con mi trabajo, así como su sabiduría que me transmitió para desarrollarme como futura profesionista.

Existen personas como mis amigos, profesores, sujetos participantes en la investigación y demás personas que estuvieron conmigo a lo largo de este proceso muchas gracias por contribuir de manera directa o indirecta.

## Sumario

La presente investigación tuvo por objetivo conocer a nivel descriptivo si existía una diferencia entre los niveles de presión arterial y glucosa entre un grupo de dos sujetos adultos mayores que acudieron y un grupo conformado por cuatro adultos mayores que no acudieron a la replicación de un taller basado en la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) para el manejo de síntomas de ansiedad y depresión que se llevó a cabo en el centro de salud Vista Hermosa ubicado en la Ciudad de Matehuala; ambos grupos poseían el diagnóstico de diabetes e hipertensión; la medición de estas variables biológicas y psicológicas se llevó a cabo antes y durante la realización del taller (con excepción de las variables psicológicas); en un principio las variables biológicas fueron medidas por un grupo de estudiantes de enfermería que estaban llevando a cabo un programa de revisión mensual, una vez que concluyó el programa estas fueron llevadas a cabo por el personal responsable del taller; para la medición de las variables biológicas se utilizó el glucómetro y el esfigmomanómetro, con respecto a las variables psicológicas, se utilizó Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado (IDARE) el Inventario de Depresión de Beck versión dos (BDI-II), la hipótesis del estudio fue: “Se encontrará una diferencia a nivel descriptivo en los niveles de presión sanguínea y glucosa entre el grupo de participantes adultos mayores que acudió al taller de TCC de los que no asistieron”. El método que se basó este estudio de acuerdo con Hernández et al. (2014) consistió en un paradigma cuantitativo, alcance descriptivo y un diseño no experimental. Como resultados se encontró una diferencia en los niveles de presión sanguínea y glucosa entre los sujetos que decidieron asistir al taller y los que decidieron no asistir, lo cual acepta la hipótesis de investigación, dicho resultado guarda relación con lo mencionado por Riveros et al. (2005) y Moreno (2006), Díaz (1992)

y Rodríguez (2018); esta investigación es una de las primeras en su tipo que se lleva a cabo en el Municipio de Matehuala, además, propone una serie de líneas de investigación y de intervención en el campo de la salud.

**Palabras clave:** adulto mayor, diabetes, hipertensión, ansiedad, depresión, TCC.

## **Abstract**

The objective of this research was to know at a descriptive level if there was a difference between the levels of blood pressure and glucose between a group of two elderly subjects who attended and a group made up of four elderly adults who did not attend the replication of a workshop based on in Cognitive Behavioral Therapy (CBT) for the management of symptoms of anxiety and depression that was carried out in the Vista Hermosa health center located in the city of Matehuala; both groups had the diagnosis of diabetes and hypertension; the measurement of these biological and psychological variables was carried out before and during the workshop (with the exception of the psychological variables); At first, the biological variables were measured by a group of nursing students who were carrying out a monthly review program. Once the program was over, these were carried out by the personnel responsible for the workshop; For the measurement of the biological variables, the glucometer and the sphygmomanometer were used, with respect to the psychological variables, the Anxiety Inventory: Trait-State (IDARE) the Beck Depression Inventory version two (BDI-II) was used, the hypothesis of the study was: "A difference will be found at a descriptive level in the levels of blood pressure and glucose between the group of older adult participants who attended the CBT workshop than those who did not attend." The method that this study was based on according to Hernández et al. (2014) consisted of a quantitative paradigm, descriptive scope and a non-experimental design. As a result, a difference was found in blood pressure and glucose levels between the subjects who decided to attend the workshop and those who decided not to attend, which accepts the research hypothesis, said result is related to that mentioned by Riveros et al. (2005) and Moreno (2006), Díaz (1992) and Rodríguez (2018);

This research is one of the first of its kind to be carried out in the City of Matehuala, in addition, it proposes a series of lines of research and intervention in the field of health.

**Key words:** elderly, diabetes, hypertension, anxiety, depression, CBT.

# Índice de Contenido

Capítulo 1.....	1
Problema de Intervención .....	1
1.1    Antecedentes de la Intervención.....	1
1.2    Planteamiento y Delimitación del Problema.....	13
1.3    Objetivos de la Intervención.....	15
1.3.1    Objetivo general .....	15
1.3.2    Objetivos específicos.....	16
1.3.3    Preguntas de la Intervención.....	16
1.4    Hipótesis de la Intervención .....	17
1.5    Contextualización de la Intervención.....	18
1.5.1    Lugar en donde se llevó a cabo la intervención.....	18
1.5.2    Tiempo que duró la intervención .....	19
1.6    Variables de la Intervención.....	19
1.6.1    Variable independiente. ....	20
1.6.2    Variable dependiente.....	20
1.6.3    Definición conceptual de las variables. ....	20
1.6.4    Definición operacional de las variables.....	21
1.7    Instrumentos Empleados para Medir y Conceptualizar las Variables del Estudio .....	23
1.8    Justificación de la Intervención.....	25
Capítulo 2.....	29
Referentes Teóricos .....	29
2.1    Marco Histórico y Contextual .....	29
2.1.1    Ubicación y características de la institución.....	29
2.1.2    Filosofía del Centro de Salud.....	31
2.1.3    Organización y Servicios que ofrece el Centro de Salud.....	32
2.2.    Marco Teórico.....	37
Capítulo 3.....	56
Estrategias Metodológicas .....	56
3.1    Paradigma, Alcance y Diseño de la Intervención .....	56
3.2    Universo del Estudio .....	58
3.3    Población del Estudio .....	59
3.4    Muestra del Estudio.....	60

3.4.1 Características de la muestra .....	60
3.4.2 Criterios de inclusión.....	60
3.5 Pasos que Comprendió la Intervención .....	61
3.6 Procedimientos para la Recolección de Datos .....	62
3.7 Mecanismos para el Procesamiento e interpretación de Datos .....	63
Capítulo 4.....	65
Resultados de la Intervención .....	65
4.1 Análisis de los Pasos Contemplados para Realizar la Intervención.....	65
4.2 Resultados Obtenidos .....	67
4.2.1 Sesión de seguimiento uno.....	67
4.2.2 Sesión de seguimiento dos. ....	69
4.2.3 Sesión de seguimiento tres.....	71
4.2.4 Sesión de seguimiento cuatro. ....	74
4.2.5 Sesión de seguimiento cinco. ....	77
4.2.6 Sesión de seguimiento seis. ....	79
4.2.7 Sesión de seguimiento siete.....	82
4.2.8 Sesión de seguimiento ocho. ....	85
Capítulo 5.....	89
Discusión de los Resultados de la Intervención .....	89
5.1 Hallazgos Centrales Obtenidos en la Intervención.....	89
5.2 Conclusiones de la Intervención.....	100
5.3 Implicaciones de la Intervención.....	103
5.4 Recomendaciones y Propuestas para Futuras Intervenciones .....	103
Referencias.....	107

## Índice de Tablas

Tabla #1 Parámetros de la presión sanguínea.....	3
Tabla #2 sesión de seguimiento numero 1.....	69
Tabla #3 sesión de seguimiento numero 2.....	71
Tabla #4 sesión de seguimiento numero 3.....	73
Tabla #5 sesión de seguimiento numero 4.....	75
Tabla #6 sesión de seguimiento numero 5.....	78
Tabla #7 sesión de seguimiento numero 6.....	81
Tabla #8 sesión de seguimiento numero 7.....	83
Tabla #9 sesión de seguimiento numero 8.....	86
Tabla #10 resultado del sujeto uno.....	91
Tabla #11 resultado del sujeto dos.....	92
Tabla #12 resultado del sujeto tres.....	93
Tabla #13 resultado del sujeto cuatro.....	93
Tabla #14 resultado del sujeto cinco.....	93
Tabla #15 resultado del sujeto seis.....	93

## Índice de Figuras

Imagen 1 Mapa para llegar al centro de salud.....	30
Imagen 2 imagen Satelital para llegar al centro de salud.....	30
Imagen 3 Organigrama del centro de salud.....	33
Imagen 4 Croquis de la institución .....	34

## Índice de Anexos

Anexo A “Inventario de Ansiedad: Rasgo” (IDARE).....	113
Anexo B “inventario de Ansiedad: Estado” (IDARE).....	115
Anexo C “Inventario de depresión de Beck” (BDI-II).....	117

# Capítulo 1

## Problema de Intervención

En este capítulo se presentarán los antecedentes que sustentan esta investigación, iniciando con estadísticas de las cuatro variables que se manejarán; diabetes, hipertensión, depresión y ansiedad; esto a nivel Internacional, Nacional, Estatal y como es que afectan a los adultos mayores. Así mismo, la justificación de por qué se realizará dicha indagación y como el distinto personal de salud contribuirá en ella, finalmente el objetivo específico, el objetivo general y la hipótesis para la fundamentación de la misma.

### 1.1 Antecedentes de la Intervención

En este apartado se conocerán los antecedentes relacionados con la intervención, visto desde distintas perspectivas en consideración del envejecimiento, así mismo, sus características, cambios conductuales, cognitivos, físicos que la persona adulta experimenta con el paso del tiempo y estos a la larga se relacionan con enfermedades biológicas.

Según Shamah, Cuevas, Mundo, Morales y Cervantes (2008), mencionan que el envejecimiento de la población mundial avanza en una proporción de 2% de los adultos mayores de 60 años cada año, se calcula que actualmente en el planeta viven 600 millones de personas mayores de 60 años y se proyecta que en el año 2025 se duplicará y en el 2050 ascenderá a 2,000 millones de personas.

Con el paso del envejecimiento se presentan distintos cambios, no solo físicos sino biológicos y psicológicos. Según Craig y Baucum (2009), los adultos mayores al llegar a

esta edad temen perder la energía, el control, la flexibilidad, la sexualidad, la movilidad, la memoria y hasta la inteligencia, aproximándose a sentimientos de tristeza, decepción e incluso soledad, esto contribuyendo a que aumente la vulnerabilidad para padecer enfermedades.

El envejecimiento en la actualidad según Craig et al. (2009), es para muchos adultos mayores una perspectiva desconocida que prefieren no averiguarla, es así como de jóvenes lo ven como un estado de existencia marginal o inútil, el miedo que se da por llegar a esta etapa de la vida consiste en que se perderán capacidades y habilidades que se gozan en la juventud, además conlleva cambios y alteraciones tanto físicas como psicológicas, que con frecuencia tienen repercusiones en la vida cotidiana del adulto mayor, aunque estos autores refieren que en muchas ocasiones esos cambios pueden no solo controlarse sino también corregirse.

Para a ello, es común que aparezcan enfermedades en los adultos mayores como pueden ser biológicas como la hipertensión y diabetes, así como afectivas o psicológicas como pueden ser la depresión y de ansiedad Craig et al. (2009). A continuación, se presentará una descripción de lo que consisten junto con un panorama a nivel internacional, regional, nacional y estatal de estos padecimientos, para posteriormente mencionar como es que se relacionan.

La hipertensión según Oblitas (2010), es un trastorno del sistema cardiovascular que consiste por la presencia de los niveles elevados de presión sanguínea por encima de los requerimientos metabólicos del organismo, en los adultos mayores de 65 años la prevalencia llega a un 50%. Según la Norma Oficial Mexicana (NOM-030-SSA2-1999), menciona que la presión arterial normal es cuando el número superior (presión arterial

sistólica), está por debajo de 120 mm Hg la mayoría de las veces, y el número inferior (presión arterial diastólica) está por debajo de 80 mm Hg la mayor parte del tiempo (representando esta proporción como: 120/80 mm Hg). Según los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) sus valores límite aumentan progresivamente con la edad, al tiempo que reducen la esperanza de vida.

Riveros, Cortázar-Palapa, Alcázar y Sánchez (2005), menciona que el control metabólico y la adherencia terapéutica van de la mano y estas pueden predecirse a través de variables psicológicas en este caso como el afrontamiento emocional, instrumental y el apoyo médico. De acuerdo con la NOM-030-SSA2 (1999), se presenta la clasificación de parámetros de la presión sanguínea en donde se muestran los valores que van desde la óptima hasta la hipertensión sistólica aislada (tabla 1):

<b>Tabla #1</b>		
<i>Parámetros de la presión sanguínea</i>		
<b>Categoría</b>	<b>Sistólica mmHg</b>	<b>Diastólica mmHg</b>
Optima	<120	<80
Presión arterial normal	120 a 129	80 a 84
Presión normal alta	130 a 139	85 a 89
Hipertensión 1	140 a 159	90 a 99
Hipertensión 2	160 a 179	100 a 109
Hipertensión 3	>180	>110
Hipertensión sistólica aislada	>140	<90

*Nota: Norma Oficial Mexicana (NOM-030-SSA2-1999)*

En el mundo, según la OMS (2013), las enfermedades cardiovasculares, entre ellas la hipertensión, son responsables de aproximadamente 17 millones de muertes al año, que

es casi un tercio de la población total a nivel mundial. Así mismo, se diagnosticaron aproximadamente el 40% de los adultos mayores con enfermedades cardiovasculares, el número aumentó de 600 millones en 1980 a 1000 millones en 2008. Dentro del área del continente americano se encuentra una prevalencia de la hipertensión normalizada en adultos mayores de 25 años o más es de un 35% de la población.

En México según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino (ENSNMC, 2016), la prevalencia actual de hipertensión en la población en este país, es de 25.5% y de estos, el 40% desconocía que padecía esta enfermedad. Según la Secretaria de Salud (2016), en la estadística presentada por las 20 principales enfermedades en el Estado de San Luis Potosí en México 4,314 adultos mayores de 60 años presentaron hipertensión. Así mismo, Secretaria de Salud en los Anuarios de Morbilidad (SSAM, 1984-2007), en el año 2017 según la estadística la enfermedad 64 981 de la población de adultos mayores de 60 años padece hipertensión.

Otra de las enfermedades que se presenta en el adulto mayor según Díaz, Galán y Fernández (1992), es la diabetes, siendo esta una de las afecciones crónicas comunes en adultos mayores, la cual es considerada un síndrome caracterizado por la presencia de una elevada cantidad de glucosa circulante en el torrente sanguíneo que se conoce como hiperglucemia crónica, frecuentemente es asociada a otras anomalías del metabolismo lipídico y proteico, condicionado por factores genéticos y/o ambientales, que tiene una propensión al desarrollo ulterior de complicaciones vasculares específicas e inespecíficas y que se debe a un defecto en la secreción y/o actividad de una hormona, la insulina (Oblitas, 2010).

Para Díaz, et al. (1992), no existe un acuerdo final sobre los límites "normales" de glucosa en la sangre; algunos autores sostienen que el rango varía de los 65 a los 110 mg de glucosa por cada 100 ml de sangre, otros 70 a 120 y algunos más 70 a 140. Los valores obtenidos por abajo o por arriba de estos rangos, son considerados hipo o hiperglucemia, no obstante, de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana (NOM-015-SSA2, 1994,) considera el valor normal entre 80 mg/dl y < 110 mg/dl.

De acuerdo con Díaz et al. (1992), Se calcula que el 2% de la población mundial la padece, según datos recientes de acuerdo con el informe mundial de diabetes elaborado por la OMS (2016), según sus estimaciones, 422 millones de adultos en todo el mundo tenían diabetes contra los 108 millones de personas que la padecían en 1980, esto quiere decir que con el paso del tiempo la enfermedad va en aumento a nivel nacional.

En el caso de México, la cifra de estos casos corresponde entre el 2% al 4% de la población según Díaz et al. (1992). Así mismo, dentro de una encuesta el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2016), menciona que dentro de la mortalidad dentro del estado de San Luis Potosí hay 893 adultos de 55 a 69 años fallecidos a causa de esta enfermedad. De igual manera dentro de la estadística de las 20 enfermedades en el Estado de San Luis Potosí (2016), en adultos de mayores de 60 años 1145 presentan diabetes en este lugar.

Como se mencionó anteriormente, los adultos mayores aparte de presentar enfermedades biológicas como la hipertensión o la diabetes, también presentan otras que son de tipo psicológica, como lo son la ansiedad y la depresión, en este sentido Delgado (2009), define que la ansiedad es un estado emocional que se caracteriza por tensión y

preocupación excesiva, su origen es a raíz de la percepción de situaciones amenazantes reales o imaginadas y que hacen que la persona se vea incapaz de controlar la situación, según Oblitas (2010), los trastornos de ansiedad tienen una prevalencia a lo largo de la vida que va del 10 al 20% en la población general, lo cual se ubica en las enfermedades mentales de mayor incidencia en el mundo. Otra de las enfermedades mentales comunes en adultos mayores según Delgado (2009), es la ansiedad, que es un estado emocional que se caracteriza por tensión, aprensión y preocupación excesiva que se inicia por una amenaza potencial, imaginada o real y que hace que la persona se vea incapaz de controlar la situación. Entre los factores de riesgo, podemos citar algunos de tipo psicosocial como la pérdida de seres queridos, las enfermedades crónicas, las personas con el locus de control externo y las más introvertidas socialmente; y de tipo biológico como el tener antecedentes familiares de trastornos de ansiedad.

De acuerdo con la OMS (2014), alrededor del 20% de la población de 60 años en adelante, sufre algún trastorno mental esto incluyendo la ansiedad, siendo la demencia y la depresión los padecimientos neuro psiquiátricos más frecuentes. En México en el año 2012, según el INEGI (2014), el total de los egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento en los adultos mayores un 13.5% de la población padece demencia no especificada 13.2% por trastornos mentales entre ellos incluye la ansiedad, así mismo otros del comportamiento por trastornos depresivos.

Oblitas (2010), hace referencia que el trastorno mental más frecuente en pacientes con diabetes mellitus es la depresión, Delgado (2009), define depresión como un estado de ánimo triste, con pérdida de interés por todas las actividades, disminución de la vitalidad, que suele acompañarse de síntomas somáticos y cognitivos con una persistencia de al

menos dos semanas. En las personas mayores la depresión puede no manifestarse de forma típica y quedar enmascarada por síntomas atípicos como la desesperanza, las quejas de fatiga o síntomas de ansiedad entre otros. Hay una serie de variables o factores que se consideran de riesgo para padecer depresión, entre ellos están los de tipo psicosocial como los sucesos vitales negativos, por ejemplo, la muerte de seres queridos, la pérdida de poder adquisitivo o la falta de apoyo emocional que pueden ir asociados a sentimientos de impotencia y pérdida de control, por otro lado están los factores de tipo biológico como lo son la disminución de los neurotransmisores como adrenalina, noradrenalina y serotonina, accidentes cerebro vasculares o el tratamiento con algunos fármacos.

De acuerdo con la Secretaria de Salud en los Anuarios de Morbilidad (SSAM, 1984-2007), en el año 2017 según la estadística la enfermedad de la diabetes se menciona que el 64,981 de la población de adultos mayores en México padece esta enfermedad.

Según el INEGI (2005), en México dentro de las diez causas de muerte en el adulto mayor son debidas por enfermedades crónico-degenerativas, entre las que destacan la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, las enfermedades del corazón y los accidentes vasculares. En el caso de los adultos mayores diagnosticados con diabetes, se han reportado mayores niveles de depresión (hasta seis veces más alta que en el resto de la población), así como de ansiedad, baja autoestima, sentimientos de desesperanza y minusvalía esto según Bradley (1997), además de que Velasco y Sinibaldi, (2001), mencionan que las depresiones provocan sentimientos de desesperanza y minusvalía en quien la padece, esto de alguna manera concordando con lo antes mencionado. En el caso de la hipertensión, la ansiedad es una dimensión asociada con ella por las reacciones fisiológicas que implica esta con sentimientos de catastrofismo, de baja autoestima y desesperanza al conocer que

padece alguna enfermedad, además por su sintomatología, son los hipertensos los que tienen más probabilidades de desarrollar un trastorno de ansiedad en comparación con otras condiciones crónicas (Sherbourne, Kenneth, Wells y Lewis, 1996).

De esta manera la comorbilidad diagnóstica de diabetes mellitus y depresión mayor según Oblitas (2010), se presenta frecuentemente, que se han sugerido que las causas de ambas enfermedades comparten características similares, de ahí que diversos estudios han probado que la prevalencia de depresión es más alta en pacientes con diabetes en comparación con la población general, basta agregar que la depresión es una de las enfermedades que afecta la calidad de vida de los pacientes con diabetes.

Así mismo, se concluye que de acuerdo a lo revisado existen distintas enfermedades que afectan al adulto mayor, entre ellas se encuentran las biológicas como la hipertensión y la diabetes, de las cuales se desarrollan enfermedades psicológicas como ansiedad y depresión. De alguna manera se presentan de manera relacionada esto se presentará a continuación.

El interés de mostrar la información antes expuesta fue con el fin de presentar el objetivo de esta investigación la cual, consistió en identificar la existencia de una relación entre la hipertensión y la diabetes con la ansiedad y depresión en adultos mayores, esto mediante un estudio comparativo entre sujetos que acudieron a un grupo de Terapia Cognitiva Conductual (TCC), para el manejo de síntomas de ansiedad y depresión con un grupo de personas que no asistieron, suponiendo que el grupo que acudió que al taller de TCC disminuirá sus niveles de ansiedad y depresión, las cuales incidirán en una disminución de sus niveles de presión sanguínea y glucosa.

De acuerdo con esta propuesta, Riveros, Cortázar-Palapa, Alcázar y Sánchez (2005), mencionan que existe una relación entre hipertensión y diabetes ya que han sido las principales causas de muerte en los últimos diez años en la población mexicana, según menciona el INEGI (2005). Así mismo, según menciona Riveros et al. (2005), en pacientes diagnosticados con diabetes se han detectado mayores niveles de depresión, ansiedad, baja autoestima, sentimientos de desesperanza y minusvalía hasta seis veces más alta que en el resto de la población de adultos mayores.

En el caso de la hipertensión y la ansiedad mencionan Oblitas (2010), es una reacción fisiológica que, de acuerdo a sus padecimientos, la hipertensión tiene más probabilidades de desarrollar un trastorno de ansiedad con otras afecciones crónicas.

Dentro de los datos que se mencionan en la intervención realizada por Riveros et al. (2005), con el propósito de evaluar los efectos de una intervención de tipo cognitivo conductual administrada sobre la calidad de vida, ansiedad, depresión, estilos de afrontamiento, adherencia terapéutica y bienestar de un grupo de pacientes hipertensos adultos de 54 años en adelante, en la cual participaron 51 sujetos, de los cuales se presentaron a 16 sesiones, una hora semanal, dentro de los resultados obtenidos se encuentran que mejoraron el estado de estas variables, así mismo hubo una reducción en el índice de glucosa y presión arterial, en cuanto a los índices de ansiedad, los cambios más importantes se dieron en aquellos participantes que caían en la clasificación de ansiedad grave, en las escalas de depresión se observó también que los pacientes con índices más altos en la medición inicial fueron los que mostraron mayores beneficios, es decir, todas las variables tanto psicológicas como fisiológicas mostraron cambios relevantes, aportando

evidencias de que la disminución de las variables psicológicas influyeron en la disminución de las biológicas.

De igual manera Moreno, Contreras, Martínez, Araya, Livacic-Rojas, y VeraVillarrob (2006), realizó una evaluación, la cual consistía en identificar cual era el efecto de una intervención cognitivo conductual sobre los niveles de presión arterial en adultos mayores hipertensos bajo tratamiento médico, aludiendo a que actualmente la hipertensión es un padecimiento que lo controlan a través de tratamiento farmacológico en el cual, existen factores de riesgo como adherencia del paciente, efectos adversos del fármaco y factores de riesgo psicosociales, además demostraron que en este grupo de personas existe la presencia de depresión, ansiedad, estrés y éstos tienen un impacto sobre la presión arterial.

Para otras ciudades a nivel internacional propusieron estrategias de apoyo psicológico y social además del farmacológico, de la cual se observó eficacia en la terapia psicológica en el control y manejo de esta enfermedad, esto mediante la enseñanza de habilidades de aprendizaje cognitivo conductual como entrenamiento de relajación progresiva de Jacobson, reestructuración cognitiva, psicoeducación y conductas saludables, retomando a su estudio, el cual, tuvo por objetivo diseñar y evaluar una intervención psicológica breve, de carácter cognitivo conductual, dirigida a un grupo de adultos hipertensos de 63 y 77 años de la cual a partir de los resultados obtenidos se observó que las diferencias encontradas entre casos y controles en cuanto a sus niveles de presión arterial estarían explicadas por el tratamiento y no por el azar u otras variables intervinientes, indicando que estos resultados concuerdan con estudios internacionales que avalan la eficacia de este tipo de intervención en pacientes con hipertensión.

Así mismo, menciona Constantino, Bocanegra, León y Díaz (2014), que los pacientes con ansiedad y depresión no cumplen con actividades relacionadas con dieta o activación física, esto disminuye su calidad de vida, en cambio en pacientes de entre 19 y 60 años atendidos por presentar diabetes tipo II entre otras enfermedades se indica la detección y el tratamiento de la depresión controlan el nivel de glucosa en el paciente, esto de la mano con tratamientos psicológicos. De igual manera Rivas et al. (2011), definen que es una enfermedad metabólica, crónica que origina alteraciones, entre ellas las emocionales como la ansiedad y la depresión principalmente para adaptarse responsablemente a un estilo de vida saludable poco acostumbrado.

Manríquez, Salinas, Moreno, Acosta, Sosa, Gutiérrez y Téllez (2013), mencionan que entre los principales padecimientos en adulto mayores de 60 años o más en México, son la hipertensión con un 40%, con un 24% de diabetes, mientras que en salud mental el 17.6% presento síntomas depresivos.

Rodríguez, Hernández, Valladares, Pomares, y López (2018), menciona que en Cuba la hipertensión arterial es una de las patologías con mayor impacto, está relacionado con variables psicosociales como el estrés y emociones negativas. En edades de entre 40 y 60 años presentan elevado nivel de estrés, ansiedad moderada y depresión, esto como resultado de padecer hipertensión arterial y llevar un control en actividades.

De cierta manera, estos autores nos muestran una relación entre las distintas variables, es decir, que al presentar alguna enfermedad biológica atrae consecuencias de manera psicológica; o bien una enfermedad de este tipo puede cooperar para contraer una enfermedad biológica.

El interés por realizar esta investigación, fue la de comprobar la existencia de una relación entre este tipo de padecimientos y con ello aportar evidencias que permitan tomar conciencia de la importancia que tiene la parte psicológica sobre la biológica, y de ahí sentar las bases para el trabajo multidisciplinario en la atención de la salud en este grupo poblacional, así mismo, para el desarrollo de un campo de investigación e intervención nuevo a nivel municipal, ya que es uno de los primeros en su tipo.

Por lo anterior, la propuesta de estudio que se presenta en este documento y que en la sección de planteamiento del problema será profundizado de acuerdo al contexto que la circunscribió, fue dar seguimiento a un grupo de adultos mayores diagnosticados con diabetes e hipertensión además que presentaban síntomas de ansiedad y depresión, los cuales pertenecían a un grupo de seguimiento de indicadores biológicos y que participaron en un programa basado en TCC para el manejo de síntomas de ansiedad y depresión, con el fin de comparar estos indicadores (biológicos y psicológicos), con el grupo de adultos mayores que no decidieron participar.

A modo justificativo, se eligió el modelo intervención de la TCC según menciona Puerta y Padilla (2011), ya que interviene sobre distintos trastornos mentales, ayudando al paciente a que cambie sus pensamientos, emociones, conductas y respuestas fisiológicas disfuncionales por otras adaptativas para combatir sus problemas. Es así que nace el interés por investigar estas variables biológicas a través de herramientas estudiadas en el ámbito psicológico, ya que como se mencionó en la investigación de Moreno et al. (2006), es importante implementar distintos tipos de tratamiento no solo el farmacológico, sino todo un trabajo conjunto para mejorar la calidad de vida del paciente. Además, en los últimos 10 años (Hernández y Sánchez, 2007), la TCC en México ha destacado cada vez más dentro

de psicoterapia ya que ha demostrado que contiene procesos de los cuales se puede aplicar una intervención a trastornos psicológicos variados, siendo que en la actualidad se ha desarrollado tratamientos con este modelo no solo para los problemas de salud psicológica, sino también para la física.

Finalmente, esta subsección consistió en puntualizar la importancia de esta investigación desde un breve repaso de información para luego mencionar el grado que tiene esta información para la comprensión del documento y finalmente relacionarla con la siguiente sección planteamiento y delimitación de problema en la cual se comentara a detalle cual es la realidad que envuelve a la investigación con el fin de que el lector conozca las circunstancias espacio – temporales que rodearon la situación a investigar.

## **1.2 Planteamiento y Delimitación del Problema**

A continuación, se presenta la sección del planteamiento del problema, la cual tiene por finalidad, que el lector conozca a detalle cuales fueron las características que rodearon el tema de investigación, esto con la finalidad de que se conociera a partir de que circunstancias surgió, la cual va de la mano con la siguiente sección titulada objetivos de la investigación, la cual establecerá que se pretendía lograr y cuáles eran sus principales pasos.

Esta investigación surgió gracias al apoyo que pidieron los enfermeros de último semestre de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí (UASLP), con el proyecto de un seguimiento en adultos mayores en sus enfermedades, ya que, mediante sus chequeos mensuales en sus pacientes con diagnóstico de diabetes e hipertensión, entre otras

enfermedades físicas y biológicas detectaron que padecían enfermedades psicológicas como depresión y síntomas de ansiedad de acuerdo a la prueba empleada.

Debido a la sintomatología psicológica detectada, los estudiantes de enfermeros le comentaron a su asesora los resultados encontrados, siendo ella la que acudió; coordinadora de la carrera en psicología de la Universidad de Matehuala, la Lic. Psic. Edith Martínez Careaga apoyó para brindarles soporte especial en esta área.

Enseguida se seleccionó a 6 de los alumnos de la licenciatura en psicología, interesados en brindar apoyo a los pacientes de la tercera edad. Se eligió atender a éstos pacientes, de acuerdo un programa estructurado creado por Lawrence y Shaffer (1993), basado en la TCC, orientado a disminuir sintomatología ansiosa y depresiva, y que fueron capacitados para llevar a cabo este programa por parte del Lic. Psic. Héctor Francisco Estrada Galicia.

Como se mencionó anteriormente, la intervención basada en la TCC consistió en la replicación de un programa enfocado a la reducción de síntomas de depresión y ansiedad, propuestos por Lawrence y Shaffer (1993), suponiendo que las disminuciones de éstos síntomas disminuirían, los niveles de hipertensión y diabetes, para ello, se estableció un seguimiento de estas cuatro variables una vez al mes.

Tal estudio comparativo, se llevó a cabo con 6 pacientes adultos mayores que reflejaban en los resultados de las pruebas aplicadas alteraciones en las 4 variables manejadas en la investigación en este caso diabetes, hipertensión, depresión y ansiedad, ellos con una edad entre los 50 y los 64 años de edad. Solamente se trabajará con 2 sujetos quienes aceptaron participar en el taller TCC, mientras que los 4 sujetos restantes que

decidieron no asistir, pero aceptaron llevar un registro de hipertensión y diabetes durante sus citas médicas con los enfermeros.

Con relación a las características metodológicas del estudio (las cuales serán comentadas en el capítulo tres), el paradigma fue cuantitativo, con un alcance descriptivo y con un diseño no experimental, longitudinal de panel; entorno a la duración del estudio se tenía contemplado para cinco meses, el seguimiento y la observación es de una sesión semanal con una duración de 60 minutos aproximadamente, el día martes en un horario matutino, todo ello en las instalaciones del centro de salud antes mencionado.

Finalmente, considerando lo visto en esta sección, la intención de este apartado fue que se conociera la información relacionada en cuanto a la problemática, y el contexto en donde fue llevado a cabo el estudio, de ahí que se pase a mencionar la siguiente sección titulada objetivos.

### **1.3 Objetivos de la Intervención**

La finalidad de esta sección, es dar conocer cuáles son los objetivos que tendrá alcance esta investigación de una manera clara, de igual manera se presentará primero el objetivo general, el cual sintetiza lo que se pretende alcanzar en la investigación, seguido de los objetivos específicos, los cuales estipulan las principales acciones para llevar a cabo el objetivo general.

#### **1.3.1 Objetivo general**

Partiendo del planteamiento del problema, se pretende: conocer a nivel descriptivo si existe una diferencia entre los niveles de presión arterial y glucosa entre un grupo de

sujetos adultos mayores que acudieron y un grupo que no acudieron a la replicación de un taller basado en la TCC para el manejo de síntomas de ansiedad y depresión.

### **1.3.2 Objetivos específicos.**

A partir del objetivo general surgen los objetivos específicos los cuales son:

- Conocer los niveles de presión arterial y glucosa en ambos grupos a lo largo de la duración del taller TCC para el manejo de la ansiedad y depresión.
- Comparar los niveles de presión arterial y glucosa de los participantes que acudieron al taller y de los que no acudieron con el fin de identificar si existe una diferencia a nivel descriptivo en ambos grupos.

Esta sección tuvo por finalidad, que el lector conociera lo que se pretendía lograr en la investigación, así mismo guiar a la sección siguiente, esto en la modalidad de preguntas de investigación para la comprensión de esta investigación.

### **1.3.3 Preguntas de la Intervención**

Esta sección es un producto directo de la sección anterior, ya que en este apartado se presenta una serie de preguntas que se trataron de responder con los resultados, siendo estas:

- ¿Habrá una diferencia en los niveles de presión sanguínea y glucosa entre el grupo de participantes adultos mayores que acudió al taller de TCC de los que no asistieron?

- ¿Los participantes que decidieron no asistir a la réplica del taller de TCC mantendrán los mismos niveles de hipertensión y glucosa a comparación de los que si asistieron?

Como se mencionó anteriormente, esta sección es un producto de la sección de objetivos, ya que a modo de cuestionamientos se trata de dar respuesta a lo que se pretende obtener en la investigación, dando paso al siguiente apartado.

#### **1.4 Hipótesis de la Intervención**

Este apartado, tiene la finalidad de contestar las preguntas del estudio, las cuales se sustentan en un marco referencial y que se esperan aceptar de acuerdo con el diseño del programa, la organización de la sección consiste en mencionar de manera breve: los sustentos teóricos que permitieron el establecimiento de las hipótesis, para luego establecerla y finalmente dar paso a la conclusión de la sección, que dará pie al siguiente apartado, en donde se mencionan las características espacio-temporales, en donde se efectuó la investigación.

De acuerdo con una investigación, la cual fue efectuada por Riveros et al. (2005), y Moreno et al. (2006), se encontró que las personas participantes entre ellos, adultos mayores con diabetes e hipertensión y que manifiestan síntomas de ansiedad y depresión y que acuden a una terapia psicológica como la TCC, para el manejo de síntomas de éstos últimos disminuyeron sus niveles de ansiedad y depresión además de sus niveles de presión sanguínea y glucosa.

Se encontrará una diferencia a nivel descriptivo, en los niveles de presión sanguínea y glucosa entre el grupo de participantes adultos mayores que acudió al taller de TCC de los que no asistieron. Los participantes que decidieron no asistir a la réplica del taller de TCC mantendrán los mismos niveles de hipertensión y glucosa a comparación de los que si asistieron.

Esta sección, tuvo la finalidad de dar a conocer al lector la información que se espera encontrar, y los sustentos teóricos que la fundamentan, por lo anterior, los resultados encontrados incrementarán el objeto de estudio, que permitirá sustentar nuevas búsquedas relacionadas con el presente tema. Partiendo de esto, una vez fijados los objetivos, preguntas e hipótesis, se dará paso a detallar el lugar y tiempo en donde fue llevado el estudio.

## **1.5 Contextualización de la Intervención**

Habiendo definido las características, que permitieron la comprensión de lo que se realizó, se procederá a mencionar los detalles espaciales y temporales, en donde fue efectuada, esto con el objeto de que el lector contextualice el presente estudio, por lo que la organización de la sección comienza con la descripción del lugar en donde fue llevada la investigación, para luego mencionar el tiempo que duró y finalmente una conclusión que dará paso al apartado titulado variables de la investigación.

### **1.5.1 Lugar en donde se llevó a cabo la intervención**

El estudio fue llevado a cabo en el Centro de Salud Vista Hermosa, la cual se encuentra ubicado en calle Lago de Chapala número 301, colonia Vista Hermosa en el

Municipio de Matehuala, Estado de San Luis Potosí, el cual está supervisado por la Jurisdicción Sanitaria No. II., dicho centro tiene por objetivo brindar una atención primaria en enfermedades biológicas.

### **1.5.2 Tiempo que duró la intervención**

El programa a replicar se contempló a partir del 4 de abril al día 11 de julio del año 2017, constando de 15 sesiones con una duración de 40 a 60 minutos cada una, dentro de ese tiempo se contemplaron llevar a cabo chequeos mensuales de las enfermedades biológicas los días 10 de abril, 22 de mayo, 19 de junio, 17 de julio, 12 de septiembre y 18 de noviembre del año 2017.

En esta sección tuvo la función de que el lector conociera las características espacio-temporales en donde fue efectuada la investigación, una vez definido, se dará paso a presentar la sección de variables del estudio.

## **1.6 Variables de la Intervención**

Esta sección tiene la finalidad de presentar las variables contempladas a analizar, para ello, en un primer momento se va a especificar la variable independiente, la cual fue el objeto de manipulación para conocer sus efectos sobre la variable dependiente, seguido de la presentación de la anterior, posteriormente se pasará a definir las conceptualmente, seguido de la definición operacional, esta última permitirá detallar las acciones o procesos con los cuales pueden medirse, finalmente la sección concluye en que dará paso a detallar los instrumentos que se emplearán para realizar el presente estudio.

### **1.6.1 Variable independiente.**

Replicación de un taller de Terapia Cognitivo Conductual (TCC), para grupos en la disminución de síntomas de ansiedad y depresión.

### **1.6.2 Variable dependiente.**

Niveles de presión sanguínea y glucosa.

### **1.6.3 Definición conceptual de las variables.**

Como variable independiente, el programa replicado fue el creado por Sank y Shaffer (1993), el cual tiene la finalidad de proporcionar al profesional de la salud mental una guía para el tratamiento de la ansiedad y la depresión en un formato de terapia breve, para pacientes que inician el programa por voluntad propia o que son referidos por profesionales médicos de atención primaria. Dicho programa consta de 15 sesiones una por semana en una duración promedio de 4 meses, este programa está dividido en cuatro módulos, el primer módulo es el de relajación, conformado por dos sesiones, el segundo módulo es el de reestructuración cognitiva, conformado por cuatro sesiones, tercer módulo es el de asertividad compuesto por cuatro sesiones y el cuarto modulo, que trata sobre resolución de problemas con dos sesiones; dichas sesiones se llevarán a cabo una vez por semana los días martes, de ahí la duración total del programa es de 6 meses incluyendo sesiones para la aplicación de pruebas, exploración y retroalimentaciones.

Con respecto a las variables dependientes: la hipertensión es un trastorno del sistema cardiovascular, que se caracteriza por la presencia de niveles elevados de presión sanguínea, por encima de los requerimientos metabólicos del organismo (Oblitas, 2010).

Respecto a la diabetes, éste es un síndrome caracterizado por la presencia de una elevada cantidad de glucosa circulante en el torrente sanguíneo, que se conoce como hiperglucemia crónica, frecuentemente asociado a otras anomalías del metabolismo lipídico y proteico, condicionado por factores genéticos y/o ambientales, que tiene una propensión al desarrollo ulterior de complicaciones vasculares específicas e inespecíficas y que se debe a un defecto en la secreción y/o actividad de una hormona, la insulina (Oblitas, 2010). En la cual menciona la Asociación Americana de Diabetes (ADA, 2006), menciona que la diabetes es una enfermedad que produce una mala utilización de azúcares esto como consecuencia de una falta de insulina total en el cuerpo si es de tipo I, en caso de presentar diabetes tipo II esto se debe a falta de insulina parcial y atrae problemas con los receptores, el nivel normal en la homeostasis de la glucosa en ayunas en un paciente adulto mayores de 80-110.

Respecto a la ansiedad, Delgado (2009), la define como un estado emocional que se caracteriza por tensión, aprensión y preocupación excesiva que se inicia por una amenaza potencial, imaginada o real y que hace que la persona se vea incapaz de controlar la situación. Finalmente, la depresión es definida como un estado de ánimo triste, con pérdida de interés por todas las actividades, disminución de la vitalidad, que suele acompañarse de síntomas somáticos y cognitivos con una persistencia de al menos dos semanas (Delgado, 2009).

#### **1.6.4 Definición operacional de las variables.**

Respecto a la variable independiente, el programa a replicar se basa en la terapia cognitivo conductual que según mencionan Sank et al. (1993), es una serie de técnicas de

relajación, reestructuración cognitiva, asertividad y resolución de problemas, con la finalidad de disminuir la sintomatología asociada a la ansiedad y depresión, las cuales, de acuerdo al programa hacen referencia a que el paciente presenta pensamientos automáticos, pensamientos racionales, contar con la capacidad para decir no, resolución de problemas y emociones negativas como tristeza, coraje o enojo, frustración, desesperación, de ahí que se empleen una serie de procedimientos para llevar a cabo el programa los cuales son para distintos módulos de relajación, reestructuración cognitiva, asertividad y de resolución de problemas.

Partiendo de la definición de ansiedad y depresión, estos constructos se pretenden conocer mediante pruebas psicológicas, como lo es el Inventario De Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), para medir ansiedad y el Inventario de Depresión de Beck versión dos (BDI-II), para medir depresión, así como listas de cotejo centradas en las competencias a desarrollar en cada módulo del manual de terapia cognitivo-conductual, para la disminución de ansiedad y depresión. Así mismo, para medir los niveles de hipertensión arterial se utilizó un esfigmomanómetro y los niveles de glucosa se conocieron a través del glucómetro.

Esta sección se orientó a presentar y definir, a nivel teórico y procedimental cada una de las variables que integran la investigación, las cuales permitieron cumplir los objetivos, responder las preguntas y finalmente, aceptar o refutar las hipótesis propuestas, de acuerdo con esto, la siguiente sección tiene la finalidad de ahondar en los instrumentos para conocer la presencia de estas variables.

## **1.7 Instrumentos Empleados para Medir y Conceptualizar las Variables del Estudio**

Esta sección, tiene la finalidad de que el lector conozca los instrumentos que se van a emplear en la investigación, con la finalidad de poder medir las variables comentadas en la sección pasada, para ello, se describirá a detalle las características de los instrumentos a emplear, la utilidad de ello estriba en que éstos, contribuirán a contestar las preguntas y aceptar o refutar las hipótesis que se plantean en el documento, una vez descritas se dará paso a una conclusión de la sección que oriente al lector a una conclusión de los contenidos e importancia del primer capítulo de la presente obra.

Como se mencionó anteriormente, el instrumento psicométrico para medir la ansiedad es el Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado (IDARE), creado por Spielberger y Díaz-Guerrero (1971), con la finalidad de evaluar la ansiedad como rasgo (SXE, ver anexo A), y ansiedad como estado (SXR, ver anexo B), en sujetos a partir de los 12 años en condiciones normales o patológicas, de acuerdo con ellos se entiende como ansiedad; estado como una condición, o estado emocional transitorio del ser humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprensión subjetivos constantemente percibidos, y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo, en cambio la ansiedad-rasgo, se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder las situaciones percibidas como amenazantes como elevaciones en la intensidad de la ansiedad-estado. Por otro lado, la escala estado está conformada por 20 reactivos al igual que la escala que evalúa rasgo.

El IDARE; es un instrumento que esta estandarizado en población mexicana, esto de acuerdo con una investigación realizada por Rojas-Carrasco (2010), obteniendo un coeficiente de confiabilidad de la escala A-Rasgo es de .73 a .86 y la confiabilidad de la escala A-Estado es de .83 a .92 respecto a sus niveles de validez, se tienen estudios de acuerdo al estándar de oro con la escala de ansiedad IPAT, la escala de ansiedad manifiesta (TMAS), y lista de adjetivos de Zuckerman, en donde se encuentran resultados aceptables en cuestión de validez.

En función de ello, el sistema de interpretación de resultados consiste en las siguientes categorías; estas se basan en las puntuaciones normalizadas del instrumento la mínima 1 a 25 es leve 26-50, se considera moderada de 51 a 75 y en resultado 76 a 100 es considerada grave.

El Inventario de Depresión de Beck versión dos (BDI-II, ver anexo C), fue elaborado por Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbauhg (1998), con la finalidad de evaluar síntomas de depresión percibidos en las últimas 2 semanas mediante un auto informe de 21 reactivos en personas de 15 años (secundaria), a 65 años, dicho instrumento fue estandarizado en una muestra mexicana, obteniéndose un coeficiente de confiabilidad de un alfa de Cronbach 0.87, los coeficientes son elevados a superiores a 0.85, así mismo en torno a su validez concurrente con la escala de Zung, en una muestra de pacientes psiquiátricos diagnosticados con depresión, se encontró una correlación:  $r = 0.70$ ,  $p < .000$ . En función de ello, el sistema interpretación de resultados se basa en la puntuación natural obtenida que consiste en las siguientes categorías: mínima de 0 a 9, leve de 10 a 16, moderada de 17 a 29 y severa de 30 a 63.

Así mismo, para la medición de los niveles biológicos en este caso hipertensión se utilizará esfigmomanómetro, que evalúa midiendo la presión o tensión arterial de manera indirecta o no invasiva. La NOM-030-SSA2 (1999), menciona que dentro de la clasificación de parámetros normales en la hipertensión son <130 mm Hg y <85 mm Hg.

De igual manera para la medición de diabetes se utilizará glucómetro para medir el nivel de glucosa en sangre.

Lo anterior, ayuda a obtener la concentración de glucosa en sangre (glucemia), de forma instantánea. La medida normal se considera de 65 a 110 mg de glucosa por cada 100 ml de sangre, otros 70 a 120 y algunos más 70 a 140, así mismo la Norma Oficial Mexicana (NOM-015-SSA2, 1994) considera entre 80 mg/dl y < 110 mg/dl. Los valores obtenidos por abajo o por ambas de estos rangos son considerados hipo o hiperglucemia.

En esta sección se mencionaron los instrumentos que se emplearán para efectuar la investigación, con base a ellos se podrá llevar a cabo la investigación para poder conformar resultados de la investigación, una vez definido ello, se dará paso a la conclusión del capítulo.

## **1.8 Justificación de la Intervención**

Esto tendrá como finalidad de presentar una serie de argumentos que justifican la realización de la intervención y el beneficio a los sujetos de la misma, en la participación del taller.

A nivel del participante, ayudará a conocer y tomar consciencia de que sus niveles de presión arterial y glucosa elevados con su participación y cumplimiento en actividades

en el taller TCC, ayudará a disminuir otras enfermedades como ansiedad y depresión, además de las biológicas como diabetes e hipertensión, es decir, identificará que de alguna manera están relacionados tanto los padecimientos biológicos como psicológicos.

A nivel institucional, en donde se llevó a cabo la intervención que se elabore, en el sector salud, en este caso específicamente en el centro de salud vista hermosa se promueva la identificación la relación entre enfermedades biológicas y psicológicas, así mismo, la orientación y seguimiento de personas con distintas patologías esto, para incrementar la calidad de vida de los pacientes disminuyendo o atacando las enfermedades desde la perspectiva psicológica o biológica y con esto obtener resultados sobresalientes para los pacientes en este caso, con diabetes e hipertensión.

A nivel social la información se brinda, esto con el fin que se tome consciencia que la relación entre las enfermedades biológicas y psicológicas, y así mismo, se logre un interés en cada una de las enfermedades o bien que esté informada acerca del tema ya que no es muy común el conocimiento de la relación de las enfermedades biológicas y psicológicas.

A nivel teórico de la intervención, se abre el paso al desarrollo de estrategias de investigación en salud así mismo, se estimula para la labor científica ya que generaría una línea fértil de investigación entre esta relación, y aumentar la calidad de vida de los pacientes y así disminuya su nivel de enfermedades.

A nivel profesional, de la psicología crece el interés por la comprensión de cómo los factores psicológicos, conductuales y culturales contribuyen a la salud física y la enfermedad. Es decir, que los factores psicológicos pueden afectar a la salud física directamente. Además de estas investigaciones, uno de los requisitos para llegar a la

titulación de la Licenciatura en Psicología por parte de la Universidad de Matehuala, incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

A nivel de otras disciplinas científicas como medicina, trabajo social, enfermería, sirva como referencia para su ejercicio profesional, y así pensar en el trabajo multidisciplinario para brindar una atención apropiada a los pacientes, o bien, se utilizaría para fundamentación en distintas líneas de investigación.

A nivel del investigador, con la elaboración de esta investigación ayudaría a culminar uno de los requisitos para mi titulación en la Licenciatura en Psicología. Además de ayudar a confirmar que con un trabajo multidisciplinario logra brindarles una atención completa a los pacientes, así mismo, con ayuda mutua entre lo psicológico y biológico podemos darle una calidad de vida al paciente.

Esta sección consistió, en hacer una recapitulación de la información presentada anteriormente, para luego mencionar la importancia que tiene esto para ayudar a la comprensión del documento de investigación y finalmente mencionar que esta subsección encamina al planteamiento del problema, en la cual, se comentará a detalle cual es la realidad que envuelve a la investigación, con el fin de que el lector conozca las circunstancias espacio – temporales que rodearon la situación a investigar.

El siguiente capítulo tiene la finalidad de dar a conocer la literatura que sustenta la investigación, y el marco contextual en donde se realizó el estudio, lo cual dará paso a comentar en el capítulo posterior el método en cómo fue llevado a cabo, lo cual una vez efectuada dio paso a mencionar los resultados encontrados. De igual manera, tuvo como finalidad de que se generará una visión de lo que se pretendió llevar a cabo en mi investigación, para ello, se comentaron los antecedentes de la investigación, los

argumentos que justifican su realización, los objetivos que se pretendieron alcanzar, las preguntas que se pretendieron responder, las hipótesis que se pretendieron aceptar o refutar y en base a lo anterior, las variables que se pretendieron analizar y los instrumentos para medirlas y conceptualizarlas, sin olvidar las características del lugar en donde será llevada a cabo.

## **Capítulo 2**

### **Referentes Teóricos**

Dentro de este capítulo, se presentará el marco contextual, donde fue realizada la investigación, así mismo el marco teórico, lo cual fundamenta toda la investigación realizada esto iniciando con definición de envejecimiento y luego descripción de las cuatro variables que se maneja. De igual manera se presentarán investigaciones similares a esta que respaldan por qué investigar este tema.

#### **2.1 Marco Histórico y Contextual**

Esta sección permite conocer las características del lugar en donde fue llevada a cabo la investigación, como lo son: ubicación, filosofía institucional, organización e información relacionada con la ubicación y el centro de trabajo.

##### **2.1.1. Ubicación y características de la institución.**

En este caso se llevará a cabo la investigación en el Centro de Salud Vista Hermosa, la cual se encuentra ubicada en Lago de Chapala 301, colonia Vista Hermosa en el municipio de Matehuala San Luis Potosí (véase en la imagen 1 y 2).



según su colonia y calle donde sea su domicilio, es así que el núcleo primero pertenece a Bustamante 1, Bustamante 2, Jardín, las Hadas, Fraccionamiento del Bosque, San José, Paraíso, Fraccionamiento Matehuala, Valle de México, Colonia Golondrinas, San Isidro, Pineño, El Mirador, Fraccionamiento Los Orozco y la comunidad de San Ramón de los Álamos. El núcleo dos, atiende a Rivas Guillen, San José, San Antonio, Ánimas, Fraccionamiento Animas, San Ángel, Libertad, Fresnos, Bustamante 3 y Colonia Nueva. Y el núcleo tres atiende Cumbres, Vista Hermosa, Santa Lucina y Centro (Centro de Salud Vista Hermosa, 2017).

Se brinda servicio de atención para la salud en dos horarios, el primero es de 8:00 am a 3:30 pm y de 12:00 pm a 7:30 pm, como se mencionó anteriormente es una institución pública lo cual hace que su servicio sea totalmente gratuito, solamente se les indica el cumplir con un requisito deben pertenecer o tener el seguro popular para recibir la atención (Centro de Salud Vista Hermosa, 2017).

### **2.1.2. Filosofía del centro de salud.**

Para iniciar con este apartado, se compartirá cual es la visión y misión de los cuales se rige el centro de salud Vista Hermosa, para así proporcionar atención adecuada a sus pacientes, “satisfacción del usuario como uno de los elementos centrales, tomando en cuenta el respeto a los pacientes como norma fundamental” (Centro de Salud Vista Hermosa, 2017, p.1).

Dentro de la misión del centro de salud: “satisfacción del usuario como uno de los elementos centrales, tomando en cuenta el respeto a los pacientes como norma fundamental” (Centro de Salud Vista Hermosa, 2017, p.1).

La visión; “se orienta a fomentar la empatía, utilizar códigos de respeto de la cultura local, establecer con el usuario y familiares actitudes de respeto, comprensión y amabilidad, independientemente de su origen étnico, nivel socioeconómico, higiene, preferencia sexual y edad, evitar la emisión de juicios, prejuicios y culpas respecto a las causas de la enfermedad, fomentar la participación social y la comunicación asertiva con las autoridades locales, terapeutas tradicionales y otras terapias y modelos médicos reconocidos independientemente de que haya comunicación con sus creencias o no, coordinando acciones específicas favoreciendo la referencia mutua en beneficio a la salud de la población” (Centro de Salud Vista Hermosa, 2017).

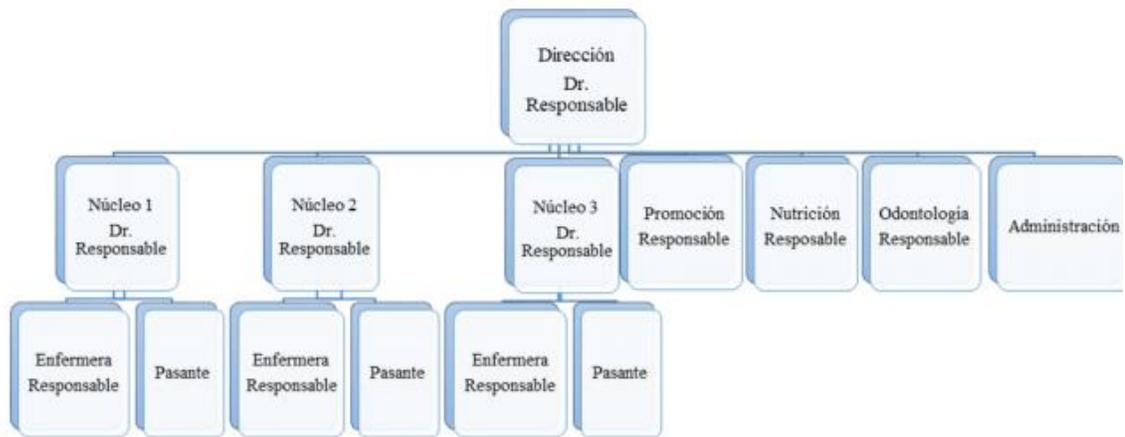
### **2.1.3. Organización y servicios que ofrece el centro de salud**

Este apartado, presenta información de la organización de centro, se inicia con la descripción de los departamentos del organigrama, en seguida los servicios que ofrece de acuerdo a las etapas del desarrollo evolutivo.

El centro de salud está organizado (véase en la imagen 3), inicialmente por la dirección, en donde un médico era el encargado, después se encuentran los tres consultorios, en cada uno había un médico a cargo que era asistido por un enfermero y un pasante de esta misma profesión, además se encuentra el departamento de promoción en donde se existe un responsable, también se encuentra un departamento de nutrición con un encargado, un departamento de odontología y uno de administración, en los cuales, tenían sus respectivos responsables con la formación correspondiente para cada uno.

### Imagen 3

*Organigrama del centro de salud.*

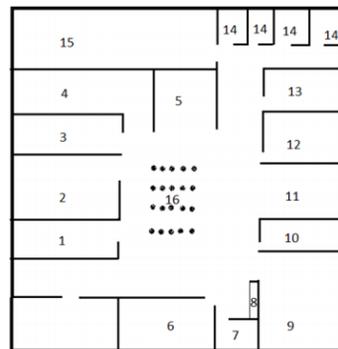


Dentro del centro de salud, se encuentran diversos espacios (véase imagen 4), donde existen tres consultorios que brindan atención médica de acuerdo con el lugar de domicilio de los usuarios, se cuenta con un departamento de farmacia donde se realiza la dispensación de los fármacos a los usuarios consultados, hay un consultorio dental, un departamento de medicina preventiva, en donde se establecen los procedimientos orientados a la preservación de la salud, se tiene un área que provee el servicio de curación, aplicación de inyecciones, retiro de puntos, revisión o cambio de sonda vesical y retiro de drenajes, ítem de un módulo de afiliación y orientación, el cual se encarga de realizar el trámite de afiliación o reafiliación al Seguro Popular. Además dispone de un aula para realizar reuniones, talleres y capacitaciones, cabe señalar que fue en este lugar en donde se llevó a cabo el programa, además hay un área de tablero electrónico que tiene la función de tener control de luz y aire acondicionado, existe un área de promoción, en donde se realizan intervenciones sociales y ambientales destinadas a beneficiar y proteger la salud y la calidad de vida mediante la prevención y solución de las causas de los problemas, así mismo, se encarga de revisar que se cumplan las normas en los departamentos a fin de

brindar seguridad en las atenciones para los pacientes, se tiene un almacén en el cual se encuentran medicamentos, anticonceptivos, vendajes, artículos domésticos, suministros de laboratorio y artículos de oficina, otra área es la de exploración ginecológica en la cual se realiza exploración de la glándula mamaria, exploración de abdomen y de genitales, además hay sanitarios, sala de espera y un patio trasero.

#### **Imagen 4**

*Croquis de la institución.*



NOTA: 1 consultorio dos, 2 consultorio tres, 3 almacén, 4 exploración ginecológica, 5 consultorio uno, 6 farmacia, 7 promoción, 8 tablero electrónico, 9 aula, 10 módulo de afiliación y orientación, 11 curación, 12 medicina preventiva, 13 consultorio dental, 14 sanitarios, 15 patio trasero, 16 sala de espera (Centro de Salud Vista Hermosa, 2017).

Con referencia al tipo de servicios que brindan en el centro, estos se agrupan por rangos de edad, en este sentido a los recién nacidos la atención se orienta a identificar signos de alarma, exploración física completa, detección de defectos al nacimiento, revisión de cordón umbilical, tamiz neonatal, administración de vitaminas K y A, aplicación de vacuna Bacillus Calmette-Guérin (BCG, para la tuberculosis), y primera de Hepatitis B y estimulación temprana (Centro de Salud Vista Hermosa, 2017).

Para los menores de cinco años, la atención consiste en la identificación del pronóstico del entorno familiar, exploración física, toma de peso y altura, los cuales, se anotan en Cartilla Nacional de la Salud, evaluación del desarrollo psicomotor, exploración de problemas posturales, promoción de la salud bucal, administración de complementos nutricionales, desparasitación intestinal, estimulación temprana, promoción de activación física y prevención de accidentes (Centro de Salud Vista Hermosa, 2017).

En los niños y niñas de 5 a 9 años las atenciones consisten en la exploración física, toma de peso y altura la cual se anota en Cartilla Nacional de la Salud, evaluación de agudeza visual y auditiva, detección de trastornos que limiten el desarrollo y aprendizaje, identificación de problemas posturales, promoción de la salud bucal, orientación nutricional, promoción de la actividad física y prevención de accidentes, promoción de higiene personal, prevención de la violencia familiar así como del consumo de alcohol, tabaco y drogas (Centro de Salud Vista Hermosa, 2017).

En cuanto a la etapa de 10 a 19 años, los servicios se orientan a la exploración física, detección gruesa de defectos visuales, orientación sobre salud sexual y reproductiva, orientación en lo referente a métodos anticonceptivos y uso de condones, detección de infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA, evaluación y orientación alimentaria, identificación y canalización de casos de adicciones a instituciones especializadas, promoción de actividad física, salud bucal y prevención de accidentes así como de violencia (Centro de Salud Vista Hermosa, 2017).

Para las mujeres de 20 a 59 años, se brinda orientación respecto al cáncer cervicouterino y de mama, además de la realización de exploración mamaria, aplicación de vacunas para el tétanos y difteria (Td), doble viral (SR), influenza estacional y

administración de ácido fólico, orientación sobre salud sexual y reproductiva, información sobre planificación familiar y uso de condones, detección de infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA, revisión de estado nutricional, detección de diabetes, hipertensión arterial, sobrepeso, obesidad y osteoporosis, orientación sobre menopausia, promoción de actividad física, prevención de accidentes y detección de violencia familiar o de pareja (Centro de Salud Vista Hermosa, 2017).

En cuanto a los hombres de 20 a 59 años, los servicios brindados son: orientación sobre salud sexual y reproductiva, información sobre métodos anticonceptivos, vasectomía, ofrecimiento de condones, detección de infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA, detección de diabetes, hipertensión arterial, sobrepeso, obesidad, detección de enfermedad prostática, información sobre riesgos del consumo de alcohol, tabaco y drogas, promoción de actividad física, prevención de accidentes, aplicación de vacunas Td, SR e influenza estacional (Centro de Salud Vista Hermosa, 2017).

Y finalmente para mujeres y hombres de 60 años y más, los servicios consisten en: identificación de deficiencias visuales y auditivas, promoción de la salud bucal, información sobre cáncer de mama, exploración mamaria, identificación de enfermedad prostática, detección de diabetes, hipertensión arterial, sobrepeso y obesidad, facilitación de información sobre riesgos de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, identificación de alarma de deterioro cognitivo y depresión, y detección de casos de violencia familiar (Centro de Salud Vista Hermosa, 2017).

## 2.1. Marco Teórico

Dentro de este marco teórico, se presentará información de la cual fundamenta esta investigación. Desde definiciones como envejecimiento, hasta descripciones detalladas de las variables que se manejan en esta investigación; diabetes, hipertensión, ansiedad y depresión. Además de agregar argumentos de porque se seleccionó la teoría cognitivo conductual.

El Instituto Nacional de las Mujeres (2015), menciona que el envejecimiento que es un proceso natural, gradual, que es continuo e irreversible que trae cambio a través del tiempo en el ser humano. Esto trae cambios físicos y biológicos como tipo de actividades que realizan, emociones, alimentación, así mismo, cambios psicológicos como en los sentimientos, pensamientos, y el significado que se les da y finalmente social esto varía de acuerdo a su historia, cultura y la organización social, así mismo, finaliza que cada individuo envejece de manera diferente. En demografía se utiliza según la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2014) establece la edad de 60 años para considerar a una persona adulta mayor.

De igual manera, menciona Alvarado et al. (2014), en su artículo “análisis del concepto de envejecimiento”, que el envejecimiento es un fenómeno natural conocido por todos los seres humanos, aun así, es difícil de aceptar como una realidad innata que todos de alguna manera viviremos en algún momento dentro de su investigación lo define la (OMS, 2014), como:

El proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios en las características de las especies durante todo el ciclo de la vida; esos cambios producen una

limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el medio. Los ritmos a que estos cambios se producen en los diversos órganos de un mismo individuo o en distintos individuos no son iguales (p. 58).

Hace mención Alvarado et al. (2014), que visto desde lo biológico el adulto mayor experimenta un cambio gradual que conduce a un mayor riesgo de debilidad, enfermedad y muerte, ya que cada célula u órgano tiene un lapso de vida. Además de que, efectos generales del envejecimiento incluyen inmunidad reducida, pérdida de fuerza muscular, disminución de la memoria y otros aspectos de la cognición, y la pérdida del color en el cabello y la elasticidad en la piel. Cuando se hace referencia al envejecimiento como un proceso, se parte de todos aquellos cambios de orden biológico, psicológico y social por los que atraviesa cualquier persona después de los 25-30 años de edad y que de forma activa se perpetúan hasta el final de la vida.

Craig et al. (2009), menciona que en el envejecimiento el cuerpo cambia en muchas formas durante los últimos años de la adultez mayor. Desde un aspecto físico se observan las canas, la piel vieja, el cambio de postura y las arrugas profundas son señales evidentes. La piel se reseca, se vuelve más delgada y pierde elasticidad. Los sentidos el oído, la vista, el gusto y el olfato se ven afectados que por lo general pierden eficiencia con la edad. Muchos adultos mayores encuentran más difícil percibir y procesar un estímulo a través del sistema sensorial tanto en los músculos, huesos y movilidad pues con los años disminuye el peso muscular y, por tanto, también la fuerza y la resistencia.

Así mismo, Craig et al. (2009), menciona que se alteran también la estructura y la composición de las células musculares; es decir, el peso puede ser menor al de la juventud

y la madurez, esto debido a la pérdida de tejido muscular, salvo que se compense con un aumento de grasa tisular. Así mismo, salud, enfermedad y alimentación en general los adultos mayores dicen tener buena o excelente salud la mayor parte del tiempo, pero las alteraciones de la salud que se presentan en los últimos años de la adultez encajan en tres categorías generales: pueden ser crónicas, pueden relacionarse con la necesidad cambiante de la alimentación o pueden deberse al uso incorrecto de los medicamentos prescritos.

Desde teorías psicológicas, donde se centra en aspectos cognitivos, de personalidad y de estrategias de manejo. Así mismo, la teoría del desarrollo psicológico de Erikson (1950), plantea la etapa de la vejez desde los 65 años en adelante. Su teoría menciona desde un punto de vista positivo, el ser adulto mayor presenta una crisis esencial que es integridad frente a desesperación, donde las principales virtudes son la prudencia y la sabiduría. Así mismo, existe otra teoría la "continuidad", la cual afirma que no existe ruptura radical entre la edad adulta y la tercera edad se basa en el paso a la vejez que es una prolongación de experiencias, proyectos y hábitos de vida, es así que se relaciona con la investigación porque es una descripción del adulto mayor de cómo es que él aprendió y creció como persona antes de llegar a la edad adulta.

De igual manera Erikson (1950), hace referencia a que la personalidad y el sistema de valores se mantienen prácticamente intactos, ya que al envejecer los individuos aprenden a utilizar estrategias de adaptación que les ayudan a reaccionar favorablemente ante las dificultades de la vida. Por otro lado, su teoría de la "continuidad" plantea que el comportamiento de la población adulta mayor está determinado por su estilo de vida previo, hábitos y gustos desarrollados en etapas anteriores de la vida, es así como esta

perspectiva puede verse como un incentivo para la movilización a promover estilos de vida saludables que favorezcan la felicidad.

También se influye desde un ámbito social, ya que como menciona Alvarado et al. (2014), que la teoría de la desvinculación o la de disociación, las cuales consideran que el retirarse de la interacción social constituye una forma de adaptación natural a la vejez. El adulto mayor aumenta su preocupación por sí mismo, disminuyendo el interés emocional por los demás, acepta con agrado su retiro y contribuye voluntariamente a él. El envejecimiento también se ve influido por las enfermedades padecidas, el sufrimiento acumulado a lo largo de la vida, el tipo de vida que haya llevado la persona y los factores de riesgo y ambientales a los que ha estado sometida. En este caso, se enfatiza en enfermedades biológicas más comunes como son diabetes e hipertensión.

Como se ha mencionado en el capítulo anterior, dos de entre las enfermedades físicas que suelen experimentar los adultos mayores son la diabetes y la hipertensión, las cuales poseen cierta relación con la diabetes y la ansiedad, por lo que a continuación se presentará información de estos padecimientos y la relación que guardan entre ellas.

Para la diabetes mellitus Oblitas (2010), la cual es considerada más que una enfermedad, como:

Un síndrome caracterizado por la presencia de una elevada cantidad de glucosa circulante en el torrente sanguíneo que se conoce como hiperglucemia crónica, frecuentemente asociado a otras anomalías del metabolismo lipídico y proteico, condicionado por factores genéticos y/o ambientales, que tiene una propensión al

desarrollo ulterior de complicaciones vasculares específicas e inespecíficas y que se debe a un defecto en la secreción y/o actividad de una hormona, la insulina (p. 131)

Para esto la OMS (2016), menciona que la diabetes es una grave enfermedad crónica que se desencadena cuando el páncreas no produce suficiente insulina (una hormona que regula el nivel de azúcar, o glucosa, en la sangre), o cuando el organismo no puede utilizar con eficacia la insulina que produce.

Así que, para Díaz et al. (1992), La diabetes es un padecimiento que constituye un serio problema de salud en nuestro país, ya que afecta principalmente a una gran cantidad de personas en edad productiva; cuando no se controla, provoca modificaciones importantes tanto en la calidad como en la esperanza de vida de las personas que la padecen, entre otras causas existen complicaciones a nivel vascular y nervioso que la enfermedad ocasiona.

La American Diabetes Association (2015), hace mención que, para un control de la glucemia en glucosa pre-prandial, es decir en ayunas es de 70-130 mg/dl, es así que en glucosa post-prandial es decir, después de comer es de <180 mg/dl y glucosa con presión arterial es <130/80 mmHg. Para medir la glucosa, se utilizan los medidores de la glucosa en la sangre (o glucómetros), son pequeños aparatos computarizados que "leen" la glucosa en la sangre, con el glucómetro debe pincharse el dedo de la mano con una aguja especial llamada lanceta, para extraer una gota de sangre. Con algunos medidores, también puede utilizar el antebrazo, el muslo o una parte carnosa de la mano.

Según el Instituto Mexicano del Seguro Social, dentro de la guía de referencia rápida de diagnóstico y tratamiento de Diabetes Mellitus en el adulto mayor vulnerable

(2013), menciona dentro del que los síntomas de la diabetes en los adultos mayores son inespecíficos y de aparición tardía, entre los cuales se han documentado como son la fatiga o somnolencia, letargia, deterioro cognoscitivo, pérdida de peso, incontinencia urinaria, pérdidas del plano de sustentación, síntomas genitourinarios (disminución de testosterona, impotencia sexual), y alteraciones del estado conciencia (confusiones, delirios). Dentro del deterioro cognoscitivo, el adulto mayor diabético tiene hasta 1.5 veces más riesgo de pérdida en funciones cognitivas y hasta 1.6 veces más riesgo de desarrollar demencia.

Además de relacionarse con la depresión ya que, se asocia con el estado de ánimo, en el adulto mayor diabético tiene el doble de riesgo, ya que se asocia con un pobre control glucémico y discapacidad funcional, esta guía rápida recomienda un tamizaje como escala para medir el nivel de depresión que se puede presentar en el adulto mayor. La interacción entre estas de variables es sinérgica (se relacionan). Además de los trastornos del sueño que sufre el adulto mayor diabético, suele tener sueño fragmentado siendo algunas de sus causas la presencia de nicturia, dolor neuropático, polifarmacia y calambres, también tiene mayor probabilidad de padecer apnea obstructiva del sueño. Así mismo, la fragilidad, ya que la diabetes mellitus acelera la pérdida de la fuerza muscular asociada al envejecimiento, condicionando mayor deterioro de la funcionalidad.

El tratamiento según Díaz et al. (1992), se ve acompañada por una serie de limitaciones referidas al horario, frecuencia y tipo de comidas, la cantidad y características del ejercicio que se realice y la necesidad de adquirir hábitos específicos para el cuidado de la salud, lo cual implica a la red social en un doble sentido. Por un lado, las relaciones sociales pueden ser afectadas, en alguna medida, por esta situación; por otro lado, se necesitará todo el apoyo posible de las personas que componen la red para facilitar la

adaptación a un nuevo estilo de vida centrado en la salud. La adquisición de nuevos hábitos es un requisito básico para controlar la diabetes; en este sentido, la influencia del entorno familiar, social y laboral constituye un factor altamente determinante.

De igual manera, en la hipertensión hace mención Oblitas (2010), es un trastorno del sistema cardiovascular, se caracteriza por la presencia de niveles elevados de presión sanguínea, por encima de los requerimientos metabólicos del organismo. Según los criterios de la OMS (2013), los valores límite aumentan progresivamente con la edad, al tiempo que reducen la esperanza de vida.

La OMS (2013), menciona que la tensión arterial la define como:

Se mide en milímetros de mercurio (mm Hg), y se registra en forma de dos números separados por una barra. El primero corresponde a la tensión arterial sistólica, la más alta, que se produce cuando el corazón se contrae. El segundo corresponde a la tensión arterial diastólica, la más baja, que se produce cuando el músculo cardíaco se relaja entre un latido y otro (p. 1).

De igual manera, considera la tensión arterial normal en un adulto como una tensión sistólica de 120 mm Hg y una tensión diastólica de 80 mm Hg. Los niveles normales de ambas, sistólica y diastólica, son particularmente importantes para el funcionamiento eficiente de órganos vitales como el corazón, el cerebro o los riñones, y para la salud y el bienestar en general.

La OMS (2013), considera que algunos de los factores que atribuyen a la hipertensión son dieta malsana, tabaquismo, sedentarismo, uso nocivo del alcohol en factores conductuales, así mismo dentro de los factores metabólicos infartos al miocardio,

accidentes cerebrovasculares e insuficiencia cardiaca, de igual manera intervienen enfermedades cardiovasculares como diabetes, obesidad e hiperlipidemia.

Oblitas (2010), la considera como un trastorno atípico, su padecimiento no está acompañado por una sintomatología específica como dolor, fiebre, malestar, y cuando se manifiesta causa daños irreparables e incluso la muerte.

La OMS (2013), hace mención que en la mayoría de los casos no se presentan síntomas, cuando se presentan se observan como cefalea, dificultad respiratoria, mareo, dolor torácico, palpitaciones o hemorragia nasal.

Para medir la tensión arterial, se utilizan dispositivos electrónicos, de mercurio y aneroides. La tensión se mide dos veces al día, preferiblemente por la mañana y por la tarde. Se toman mediciones consecutivas, con un intervalo mínimo de un minuto entre ambas y con la persona sentada. En la actualidad, la hipertensión es un factor susceptible de controlar a través del tratamiento farmacológico. Los medicamentos para la tensión arterial actúan por diferentes vías, como la eliminación del exceso de sal y líquidos del organismo, la disminución de los latidos cardíacos, la relajación y dilatación de los vasos sanguíneos. Sin embargo, se ha observado la presencia de presión alta aún bajo efectos controlados de este tratamiento, debido a variables como adherencia del paciente, efectos adversos del fármaco y factores de riesgo psicosociales (OMS, 2013).

Además de las enfermedades como ya se revisaron la diabetes e hipertensión todos estos padecimientos se relacionan con enfermedades psicológicas, en este caso se iniciará con una descripción sobre la ansiedad según Delgado (2009), es un estado emocional que se caracteriza por tensión, aprensión y preocupación excesiva que se inicia por una

amenaza potencial, imaginada o real, y que hace que la persona se vea incapaz de controlar la situación.

De igual manera menciona Correa (2016), el trastorno de ansiedad generalizada aparece en el adulto mayor cuando la preocupación y otros síntomas propios de ansiedad persisten en el tiempo, o cuando las situaciones consideradas amenazadoras en realidad no lo son tanto como la persona las percibe. En ambas situaciones, el correcto desarrollo de las actividades diarias de las personas que lo sufren se ve afectado, además de experimentar malestar físico y emocional.

Así mismo, Correa (2016), menciona que este afecta de tres distintas maneras una de ellas es lo fisiológico, es decir, hay cambios que se dan en el organismo, como puede ser la modificación del sistema nervioso que se presenta como sudoración, sequedad de boca, mareos, hiperventilación, palpitaciones, taquicardias, entre otros. De igual manera, en lo cognitivo implica los problemas con procesos mentales como preocupación excesiva, sensación de agobio, problemas de memoria, anticipaciones amenazantes, pensamientos intrusivos, evaluación del riesgo, y obsesiones. Y, finalmente en lo conductual este se refiere a aquellas alteraciones que aparecen en la conducta como puede ser la agresividad, evitación de situaciones que provocan malestar, hipoactividad, e hiperactividad.

En los pacientes de la tercera edad según Correa (2016), se ha observado que se preocupan más por los síntomas somáticos que por los cognitivos. Algunas de las causas más comunes que hacen que los pacientes de esta edad muestren ansiedad es los cambios bruscos en el estilo de vida, esta alcanzada la tercera edad se experimentan diversos cambios vitales como, por ejemplo, la jubilación. Disponer de demasiado tiempo libre y

tener que aprender a ocuparlo, genera ansiedad en algunas personas. Así mismo el descenso de la autonomía, ya que tardar más tiempo en desempeñar algunas actividades, descenso de movilidad o pérdida de reflejos y de fuerza. Problemas económicos, deterioro de su salud, aislamiento social, y soledad.

Otra variable manejada, es otra enfermedad psicológica común en adultos mayores es la depresión; es un estado de ánimo triste, con pérdida de interés por todas las actividades, disminución de la vitalidad, que suele acompañarse de síntomas somáticos y cognitivos con una persistencia de al menos dos semanas. En las personas mayores la depresión puede no manifestarse de forma típica y quedar enmascarada por síntomas atípicos como la desesperanza, las quejas de fatiga o síntomas de ansiedad entre otros (Delgado, 2009).

La depresión, menciona la OMS (2018); es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos. Quienes han pasado por circunstancias vitales adversas (desempleo, luto, traumatismos psicológicos), tienen más probabilidades de sufrir depresión. A su vez, la depresión puede generar más estrés y disfunción, y empeorar la situación vital de la persona afectada y, por consiguiente, la propia depresión. Así mismo, se menciona que hay relaciones entre la depresión y la salud física; es decir que algunas enfermedades cardiovasculares como hipertensión y en otros casos la diabetes, pueden producir depresión, o viceversa.

Además, menciona la OMS (2018), que dentro de programas de prevención ayudan a la reducción de la depresión en los pacientes adultos mayores son eficaces implementar ejercicios estos para disminuir la depresión.

Según Delgado (2009), hay una serie de variables o factores que se consideran de riesgo, entre otros están los de tipo psicosocial, como los sucesos vitales negativos, por ejemplo, la muerte de seres queridos, la pérdida de poder adquisitivo o la falta de apoyo emocional que pueden ir asociados a sentimientos de impotencia y pérdida de control; y de tipo biológico, como la disminución de los neurotransmisores, los accidentes cerebro vasculares o el tratamiento con algunos fármacos. Aunque hay tratamientos eficaces para la depresión, más de la mitad de los afectados en todo el mundo (y más del 90% en muchos países) no recibe esos tratamientos (OMS, 2017).

De igual manera la OMS (2017), que los profesionales sanitarios pueden ofrecer tratamientos psicológicos, como la psicoterapia, la activación conductual, la terapia cognitiva conductual y la psicoterapia interpersonal, o medicamentos antidepresivos, como los inhibidores selectivos de la re-captación de serotonina y los antidepresivos tricíclicos. Entre los diferentes tratamientos psicológicos a tener en cuenta se encuentran los tratamientos psicológicos cara a cara, individuales o en grupo, dispensados por profesionales o por terapeutas legos supervisados. Los tratamientos psicosociales también son eficaces en los casos de depresión leve.

Existe una relación entre enfermedades biológicas tanto psicológicas, en una investigación realizada por Rivas, García, Cruz, Morales, Enríquez y Román (2011), con el nombre de “prevalencia de ansiedad y depresión en las personas con diabetes mellitus tipo 2” que tiene como objetivo identificar cuáles son los niveles de ansiedad y depresión en pacientes que padecen diabetes utilizando instrumentos como cuestionario clínico para el diagnóstico del síndrome Depresivo por Calderón y el

inventario de Ansiedad Rasgo Estado, esto realizado en adultos mayores de 56 años tanto mujeres como hombres.

Mencionan Rivas et al. (2011), en estudios médicos recientes se han demostrado la influencia que tiene la ansiedad en los niveles de glucosa en la sangre, han demostrado que con un mejor manejo de la ansiedad ayuda a mantener unos niveles normales de glucosa en la sangre y mejora al mismo tiempo la condición de salud del paciente.

Dentro de los resultados presentados en la investigación de Rivas et al. (2011), se pudo comprobar, que en el nivel de ansiedad y depresión de las personas con Diabetes Mellitus Tipo 2 fueron más frecuente en la población femenina que la masculina.

Así mismo Velázquez, Espinoza, Martínez y Padrós (2016), en su investigación “Preocupación patológica en hipertensos a comparación con normotensos en población michoacana (México)”, utilizó el objetivo de los niveles de ansiedad elevados asocia con la hipertensión arterial, de la cual utilizaron una meta de 306 personas divididos por edad, sexo, estado civil y escolaridad. Utilizaron las pruebas Penn State Worry Questionnaire, el Beck Anxiety Inventory y el Beck Depression Inventory.

Respecto a resultados Velazquez et al. (2016), menciona que, en relación con el objetivo principal, se observó una media significativamente superior en la puntuación del Inventario de Preocupación de Pensilvania en el grupo con hipertensión arterial en comparación con la obtenida en la muestra de normotensos. También las diferencias respecto al BDI, donde el grupo de hipertensos manifestó mayor sintomatología ansiosa y depresiva que el grupo control.

De igual manera Constantino, et al. (2014), hacen referencia a que la depresión y la ansiedad tiene una relación con la diabetes tipo 2, su investigación “frecuencia de

depresión y ansiedad en pacientes con diabetes tipo 2 atendidos en un hospital general de Chiclayo”, el objetivo es estimar la frecuencia de ansiedad y depresión y como se asocia con la diabetes esto realizado en pacientes de 19 a 60 años, se utilizaron los inventarios de Depresión y Ansiedad de Beck y una ficha de recolección de datos.

Dentro de los resultados presentados en la investigación de Constantino et al. (2014), la frecuencia de depresión y ansiedad en los pacientes diabéticos tipo 2 fue elevada, y de manera contraria no se encontró asociación entre depresión y ansiedad con el control glicémico.

Por otro lado, Manrique, et al. (2013), en su investigación “condiciones de salud y el estado funcional de los adultos mayores”, el objetivo del estudio fue generar un diagnóstico de las principales condiciones de salud y del estado funcional de los adultos mayores de 60 años mexicanos. Dentro de los resultados muestran que los principales padecimientos en esta población son la hipertensión (40%), diabetes (24%), esto a nivel biológico, entre los indicadores de salud mental 17.6% presentó síntomas depresivos. Es si como nos muestra que los adultos mayores mexicanos padecen enfermedades comunes como hipertensión, diabetes y depresión.

Enseguida, Rodríguez, et al. (2018), mencionan que la hipertensión arterial es un de las patologías crónicas con mayor impacto cardiovascular, y está altamente relacionado con factores psicosociales como el estrés y emociones negativas. Esto realizado en 30 pacientes hipertensos de 40 a 60 años en su investigación “estrés y emociones negativas en adultos medios con hipertensión arterial esencial”.

Dentro de los resultados predominó el sexo femenino, resultaron ser altos los niveles y la vulnerabilidad al estrés. La ansiedad rasgo–estado que predominó fue media

y aunque presentaron síntomas depresivos, la depresión no caracterizó a la mayoría de los pacientes. Así mismo, los pacientes hipertensos presentaron elevado estrés, moderada ansiedad y en menor medida depresión. Y es así, como de alguna manera se hace una relación entre las variables como hipertensión en lo biológico y dentro de lo psicológico ansiedad y depresión.

Para esta investigación se utilizó la terapia cognitivo-conductual la cual, según Puerta, et al. (2011), mencionan que esta terapia es un modelo de tratamiento de diversos trastornos mentales, que trabaja ayudando al paciente a cambiar sus pensamientos, emociones, conductas y respuesta fisiológicas que son disfuncionales por otras más adaptativas esto para mejorar las situaciones o específicamente la depresión. Así mismo la Terapia Racional Emotiva (TRE), Albert Ellis el creador de la teoría consideraba que los problemas conductuales y emocionales podían tener su génesis a partir de sus tres fuentes: la del pensamiento, la emocional y la conductual. Enfatizó en cómo los pensamientos inciden en las alteraciones psicológicas.

Dentro del tratamiento psicológico bajo la TCC menciona García (2013), que Beck afirma que en los trastornos emocionales existe una distorsión sistemática en el procesamiento de la información, que produce unos pensamientos irracionales que son la causa de la depresión. Según este modelo, la perturbación emocional depende del potencial de los individuos para percibir negativamente el ambiente y los acontecimientos que les rodean. De alguna manera, influye en los adultos mayores la TCC influye en aprender a evaluar las situaciones de forma realista, a atender los datos existentes de las situaciones y formular explicaciones racionales.

Específicamente se replicó el manual del terapeuta para la terapia cognitivo-conductual en grupo con los autores Lawrence I. Sank y Carolyn S. Shaffer, está basada en la Terapia Racional Emotiva (TRE), y de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), está diseñado para tratamiento de ansiedad y depresión en un formato de terapia breve. Incluye técnicas de relajación de 1ª y 2ª sesión, reestructuración cognitiva de la sesión 3 a la 6, asertividad de la 8 a la 11 y finalmente resolución de problemas sesión 12 y 13.

Del mismo modo, se encontraron investigaciones similares de las cuales se aplicaba una relación entre las enfermedades biológicas y psicológicas antes mencionadas, Díaz, et al. (1992), realizaron una investigación la cual llevo como nombre “Grupo de autocuidado de diabetes mellitus tipo II” de la cual la intervención se llevó a cabo con seis pacientes mujeres diagnosticadas con diabetes mellitus Tipo II, con diversas etapas de evolución de la enfermedad; con un promedio de edad de 63.6 años. El grupo de pacientes se reunió una vez por semana, durante dos horas, en sesiones en las que se les proporcionó información del proceso de la diabetes mellitus, entrenamiento en autocontrol y relajación profunda. En cada sesión se evaluó la glucemia, el peso y la tensión arterial de cada paciente.

Los resultados de la intervención, no señalan correlación entre el peso y la tensión arterial, aunque sí se encuentra una variación significativa en los niveles de glucemia de los pacientes, posterior a la intervención, en las tres primeras gráficas se obtuvieron valores promedio de glucosa de 117, 124 y 138 mg/dl de sangre, con sus respectivas tendencias a la baja. En las otras tres gráficas las medias fueron de 166, 195 y 214 mg/dl de glucosa sanguínea, presentándose además una tendencia a alta. El trabajo psicológico en el ámbito del sector salud, los resultados permiten alentar esperanzas con respecto a su impacto en el control de una buena cantidad de enfermedades en este caso la diabetes. Es necesario

estandarizar procedimientos que tengan como meta incidir en la relación costo beneficio de las enfermedades; se considera que el trabajo psicológico puede contribuir de manera sustancial en este sentido.

Así mismo, Moreno, Contreras, Martínez, Araya, Livacic-Rojas y Vera-Villaruel (2006), realizaron otra investigación titulada “Evaluación del efecto de una intervención cognitivo-conductual sobre los niveles de presión arterial en adultos mayores hipertensos bajo tratamiento médico”, esta tuvo como objetivo diseñar y evaluar una intervención psicológica breve, de carácter cognitivo-conductual, dirigida a un grupo de hipertensos, con el fin de evaluar su efecto sobre los niveles de presión arterial (PA), sistólica y diastólica. Se trabajó inicialmente con 38 pacientes fueron seleccionados a través de un muestreo no probabilístico de tipo accidental, siendo posteriormente asignados aleatoriamente a grupos de casos y controles, como una forma de asegurar la homogeneidad de los grupos. Finalmente, cada grupo quedó conformado por 19 AM. Posteriormente, se dividió a los casos en dos grupos, el primero quedó conformado por 10 AM, mientras que el segundo por 9 AM. Lo anterior debido a que el número adecuado para la realización de un trabajo grupal no debe superar las 15 personas.

Posteriormente, se implementó la intervención cognitivo-conductual con las personas seleccionadas y al grupo de control se le citaba para mediciones de PA, en las mismas fechas que a los casos. Dicha intervención se extendió por 8 sesiones con una periodicidad de dos veces a la semana, cada una de ellas con una duración de dos horas. Estas sesiones estuvieron a cargo de 4 psicólogas. Las sesiones tuvieron como objetivo disminuir los niveles de PA, utilizando cuatro estrategias cognitivo-conductuales relajación, reestructuración cognitiva, psicoeducación, y conductas saludables. A lo largo

de la realización del taller, se estimuló la importancia de la práctica constante de las distintas estrategias en sus ambientes cotidianos.

Durante el tiempo de intervención, se realizaron tres mediciones (tercera, sexta y octava sesión), de PA media hora antes de comenzar cada sesión. Para los resultados tanto en la PA sistólica como diastólica se observan cambios a partir de la intervención realizada, revelando el tratamiento una influencia moderada sobre los sujetos intervenidos (tamaño del efecto). A partir de esto, se destaca la importancia de incorporar en nuevos estudios este tipo de indicadores, pues si bien los resultados pueden mostrar niveles estadísticamente significativos, es necesario conocer el real efecto de este tipo de intervención psicológica sobre la presión arterial. En cuanto al tratamiento realizado, éste se centró en el aprendizaje de una serie de técnicas psicológicas que buscaban el control de la respuesta fisiológica de PA por medio de la intervención sobre variables psicológicas relacionadas con el desarrollo y mantenimiento de la hipertensión (ansiedad, depresión, estrés y hábitos conductuales). Estas técnicas han resultado ser eficaces en el manejo de los niveles de estas respuestas emocionales y, por ende, en la regulación de la actividad del sistema nervioso simpático, el cual se constituye en un factor medular en la regulación de la HTA.

Y finalmente Riveros, et al. (2005), realizaron otra investigación de la cual esta es más similar a la que se va a realizar esta con el nombre de “Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales” señalan que el presente estudio tuvo como propósito evaluar los efectos de una intervención de tipo cognitivo conductual administrada individualmente sobre la calidad de vida, ansiedad, depresión, estilos de afrontamiento, adherencia terapéutica y bienestar de un grupo de pacientes crónicos.

Los resultados señalan que las intervenciones empleadas resultaron eficaces para mejorar el estado de las variables abordadas. Esta mejoría también se reflejó en las variables fisiológicas relevantes para los padecimientos incluidos, tales como el índice de glucosa en sangre y la presión arterial, entre otras. En cuanto a los índices de ansiedad, los cambios más importantes se dieron en aquellos participantes que caían en la clasificación de ansiedad de Beck en grave (puntuación de 31 a 63). Sin embargo, los sujetos que tuvieron puntuación en el inventario de Beck inicial mayor a 40 puntos no mostraron beneficios tan importantes, lo que permite suponer en estos casos la necesidad de otras formas de intervención adicionales como biofeedback o apoyo farmacológico. En las escalas de depresión se observó también que los pacientes con índices más altos en medición inicial fueron los que mostraron mayores beneficios. En el caso de los diabéticos, se observó una importante mejoría en los índices de glucosa antes y después del tratamiento, aunque se observaron cambios mínimos en el ajuste a la dieta (1,41% de ganancia), y un ligero decremento en la adherencia a la toma puntual de medicamentos (-3,78% de cambio). Los pacientes hipertensos no mostraron cambios estadísticamente significativos en sus medidas de presión arterial.

Con estas investigaciones similares, se rescata una relación entre las variables biológicas como diabetes e hipertensión y psicológicas como ansiedad y depresión ya que como a lo largo del marco teórico se ha demostrado que al conocer que se tiene una enfermedad biológica se asocian con enfermedades o malestares de manera psicológica. Es por eso que se utilizara desde un enfoque psicológico, la Terapia Cognitivo-Conductual para la modificación de pensamientos, conductas, emociones para así reducir los niveles

de las enfermedades como la diabetes e hipertensión. Esto así mismo para demostrar que en un trabajo multidisciplinario se puede lograr una adecuada calidad de vida en el paciente a pesar de enfermedades que padezca.

## **Capítulo 3**

### **Estrategias Metodológicas**

En este capítulo, se conocerán las especificaciones relativas al método empleado para realizar la investigación, para ello se mencionarán las características del paradigma, alcance y diseño en el que se basó, posteriormente se presentarán las relativas a los sujetos del estudio, pasos contemplados para la investigación y los mecanismos para la recopilación, procesamiento e interpretación de la información, finalizando con una conclusión del capítulo que dará paso a los resultados obtenidos.

#### **3.1 Paradigma, Alcance y Diseño de la Intervención**

Esta investigación está bajo el paradigma cuantitativo, de la cual menciona Hernández, et al. (2014), que los pasos a seguir son de manera secuencial y probatorio, así mismo, plantea un problema de estudio delimitado y concreto. De igual manera porque incluye un marco teórico que ayuda a definir tanto como objetivos, es decir, que el investigador no afecta de ninguna manera los objetos de estudio. Además, cuenta con datos estándares como validez y confiabilidad. De igual manera emplea la lógica y el razonamiento deductivo que inicia desde lo general y se dirige a lo particular estas por parte de la demostración de teorías por medio del establecimiento de la hipótesis las cuales serán sometidas a prueba y con ello se generara un conocimiento nuevo.

Así mismo, esta es apta para este paradigma porque tiene una secuencia de la investigación durante la aplicación de la misma, así al plantear el marco teórico ayudará a

comprobar o definir los resultados o los porqués de todo lo seleccionado es decir objetivos, preguntas e hipótesis, esto mediante valores numéricos recolectados de la investigación realizada.

Tiene un alcance descriptivo, esto porque de acuerdo a Hernández et al. (2014), la característica de este alcance busca describir fenómenos, situaciones, contextos y sucesos con el fin de detallar como son y cómo es que se manifiestan. Así mismo, especificar propiedades, características y los perfiles del fenómeno que se someterá a un análisis, de igual manera tiene como objetivo medir variables. El valor de esta investigación consiste en mostrar con precisión los ángulos o dimensiones de un fenómeno, suceso, comunidad, contexto o situación. Involucra que el investigador debe ser capaz de definir, o al menos visualizar, qué se medirá y sobre qué o quiénes se recolectarán los datos.

Se considera de este alcance, ya que de alguna manera describirá como es que con la aplicación de un taller en sujetos que se encuentran en la adultez mayor, lograron disminuir o bien aumentar los niveles de enfermedades biológicas como presión arterial y glucosa, esto con la presencia a este taller dirigido a sujetos con padecimientos que de igual manera se encuentran con enfermedades psicológicas como ansiedad y depresión.

De acuerdo al grado de manipulación de las variables, esta investigación es no experimental ya que según Hernández et al. (2014), este se realiza sin manipular deliberadamente variables, se observan fenómenos tal como se da en su contexto. Cabe señalar que esta investigación no se centró en hacer la intervención en TCC sino, en medir una serie de variables a medida que transcurrió el tiempo de intervención. Además, por el tiempo contemplado y recolección de datos en el mismo grupo de sujetos el diseño es

longitudinal de panel ya que según Hernández et al. (2014), en este diseño se recolectan datos a lo largo del tiempo en un grupo de sujetos, en este sentido se contempló recolectar datos de las cuatro variables en el grupo que participó en el TCC, y en aquellos que no decidieron participar.

Con base al nivel a la unidad de análisis que fueron los sujetos, y su carencia de representatividad de la población de la tercera edad el diseño se basó en estudios de caso con orientación cuantitativa, ya que según Hernández et al. (2014), mediante el proceso cuantitativo (basado en la recolección de datos numéricos), se analiza una unidad o unidades para responder a las secciones de planteamiento de problema, objetivos, preguntas e hipótesis; este autor señala además que dentro de los estudios de caso existen ciertas especificaciones que para efectos de la investigación son: por su finalidad el estudio es de carácter instrumental-descriptivo, ya que genera conocimiento a nivel descriptivo para un tema de estudio. Así mismo, por la duración del estudio este se conceptualiza como temporal ya que tuvo una duración menor a un año.

### **3.2 Universo del Estudio**

En esta sección, se iniciará con mencionar las características del universo de estudio con datos como tamaño, edad y ubicación del cual parten los sujetos de investigación.

Los sujetos que conformaron el estudio fueron adultos mayores pacientes del centro de salud Vista Hermosa del Municipio de Matehuala de los cuales oscilaban entre los 50 y 64 años de edad, y quienes estaban diagnosticados con diabetes tipo II e hipertensión

estudios realizados por Servicios de Salud, además que antes de hacer el estudio fueron identificados por personal de enfermería con síntomas de ansiedad y depresión.

En esta sección se describe cual es el universo de la investigación, y cuáles son las características en las que se desarrollara la investigación de manera general, esto especificando el contexto de los sujetos de estudio.

### **3.3 Población del Estudio**

En esta sección, se iniciará con mencionar las características de la población de estudio, como quienes participaran y justificando porqué se utilizó a esa población.

Los sujetos que conformaron el estudio fueron adultos mayores, pacientes diagnosticados con diabetes tipo II e hipertensión estudios realizados por Servicios de Salud que decidieran asistir y los que no asistirán a el taller TCC.

En este caso se realizó la investigación con dos sujetos que dijeron asistir y 4 que decidieron no asistir, ya que comparten características similares como edad, domicilio, enfermedades similares.

En esta sección, se describe cuáles son las características de la investigación y se conoció el contexto de elección de los sujetos de estudio.

### **3.4 Muestra del Estudio**

En esta sección, se conocerán datos y características específicas de la muestra utilizada en la investigación, además de conocer su ubicación en espacio y tiempo sino, también los criterios de inclusión utilizados.

#### **3.4.1 Características de la muestra**

En esta sección, se mencionarán las características distintivas que tiene la muestra, las cuales ayudan a ubicarla en un determinado espacio – tiempo, desde tamaño, edades, características distintivas para participar en la investigación.

Los sujetos totales que conformaron el estudio fueron 6 adultos mayores, que tenían una edad entre los 50 y 64 años de edad, sexo indistinto, de nivel socioeconómico medio-bajo y bajo, los cuales estaban diagnosticados con diabetes tipo II e hipertensión, además de estar identificados por personal de enfermería con síntomas de ansiedad y depresión. De acuerdo con esto, una vez que se convocara a los sujetos a participar en el programa de TCC, y que accedieran a participar sería a ellos con los que se compararía sus los niveles de glucosa y presión sanguínea de aquellos a los que no decidieron participar.

#### **3.4.2 Criterios de inclusión**

Se seleccionaron a los sujetos que no participaron en el estudio de la TCC, con el fin de que se asemejaran a los sujetos que, si participaron, para ello se tomaron criterios como la edad, el tener un diagnostico en diabetes e hipertensión, haber sido detectados por los enfermeros con síntomas de ansiedad y depresión y nivel socioeconómico. Al publicar

la convocatoria para la participación del taller, un total de 2 personas estuvieron interesadas en asistencia al mismo.

Esta sección, se utilizó para conocer de manera específica la muestra utilizada en la investigación, desde edad, sexo, ubicación espacio tiempo y las circunstancias de inclusión utilizadas en la muestra de la investigación.

### **3.5 Pasos que Comprendió la Intervención**

En esta sección, se mencionarán cada uno de los pasos que comprendió la investigación desde principio a fin. Se realizará una descripción completa, concreta, clara y breve esto con objetivo de conocer la investigación y los motivos del por qué fue así, lo cual servirá en un caso dado a la replicación de la investigación o bien para fuente de análisis y discusión de la investigación.

El programa de TCC, estaba planeado para realizarse en 15 sesiones de 60 minutos, llevándose a cabo una vez por semana los días martes, comenzado el día martes 14 de febrero del 2017 y finalizando el día 18 de julio de 2017, el cual estaba constituido por cuatro módulos: relajación (dos sesiones), reestructuración cognitiva (cuatro sesiones), asertividad (cinco sesiones) y resolución de problemas (dos sesiones).

De igual manera, el mismo día una hora antes de la aplicación del taller, los participantes y pacientes que decidieron no asistir se les proporcionara atención medica una hora antes del inicio del mismo esto dirigido por personal capacitado en este caso los enfermeros, lo cual se llevó a cabo una vez por mes los días martes del año 2017 durante 8 meses iniciando el día 14 de febrero, en seguida el día 14 de marzo, 11 de abril, 23 de

mayo, 20 de junio y 18 de julio. Para obtener la información de los datos biológicos, fueron proporcionados por los enfermeros, esto mediante autorización de los pacientes ya redactado en el consentimiento informado.

En esta sección se mencionaron de manera breve los pasos a seguir en la investigación, esto para conocer el procedimiento de actividades a realizar o bien apoyo en investigaciones futuras seguir o discusión de la misma y conocer el contexto.

### **3.6 Procedimientos para la Recolección de Datos**

En esta sección, se mencionarán los instrumentos que se utilizaron para recolectar datos de las variables a lo largo de la investigación, desde mencionar su nombre, cuando y donde se recolectaron los datos.

Para medir los indicadores biológicos, se utilizaría el glucómetro para conocer la glucosa en la sangre y se utilizaría un esfigmomanómetro para la presión sanguínea, respecto a las variables psicológicas, para conocer la ansiedad se utilizó IDARE y para la depresión se utilizó el BDI-II, éstos en su medición una vez al mes durante 8 meses en todas las variables dentro del centro de salud menciona anteriormente.

En esta sección, se conocieron los instrumentos que se utilizaran para la investigación, cuando y donde se utilizaran.

### **3.7 Mecanismos para el Procesamiento e interpretación de Datos**

En esta sección, el investigador debe de mencionar los pasos y procedimientos que se emplearon para el procesamiento y análisis de datos, de la información recabada a lo largo de la intervención.

Para el procesamiento de los datos, se utilizó el Programa Estadístico para las Ciencias Sociales versión 22 (SPSS 22, por sus siglas en inglés), debido a que según el manual básico del SPSS (J. Gonzalez, 2009), es uno de los Software más utilizados para la realización de investigaciones relacionadas al área de la sociología y psicología, además una de las características es su facilidad para utilizarlo. La información que se integrará al programa procederá de la información obtenida de cada una de las variables recopiladas en cada una de las sesiones de seguimiento.

Una vez que se hayan capturado los resultados de las cuatro variables en la interpretación se procederá a hacer un análisis descriptivo, con el fin de analizar los cambios en los valores de estas variables a lo largo del tiempo, esto mediante tablas de frecuencias y gráficas que permitan representar datos tanto para los que participaron en el programa como para los que no, para luego hacer una comparativa entre ambos grupos.

En esta sección, se obtuvo información del programa estadístico que se utilizó para recabar e interpretar los datos de la investigación, esto brindando un apoyo y mejora en los resultados de la investigación, generando conocimientos a los lectores para utilizarlo en otras investigaciones.

En este capítulo se describió al paradigma al que pertenece esta investigación en este caso es el paradigma cuantitativo y sus características, así mismo el enfoque que

pertenece, su tipo de alcance y diseño según la investigación. De igual manera, describe cuáles serán los sujetos de investigación que participaron dentro del taller ya mencionado y los instrumentos que se aplicaron para obtener resultados en esta investigación, y los mecanismos con los que se interpretaron los resultados obtenidos de los instrumentos.

## **Capítulo 4**

### **Resultados de la Intervención**

En este capítulo, se presentarán los resultados obtenidos en la investigación, los cuales describen cómo fue que se llevó a cabo, para ello, la primera sección describirá si los pasos contemplados se respetaron a nivel del tiempo, así como a nivel de las actividades establecidas y en caso de que ello hubiera sucedido, justificar la realización de acciones destinadas a llevar a cumplir con el planteamiento del problema; posteriormente se dará paso a presentar los resultados obtenidos y una vez presentados dar seguimiento a la conclusión del capítulo para posteriormente continuar al capítulo cinco.

#### **4.1 Análisis de los Pasos Contemplados para Realizar la Intervención**

Esta sección, tiene por finalidad llevar a cabo un análisis en donde se mencionan si los pasos que se tenían contemplados en el capítulo tres se llevaron conforme a lo previsto, y en caso de que haya puntos que no se realizaron con base a lo establecido, justificar por qué no se realizó de esa manera, y mencionar que se hizo en su lugar, para luego reflexionar sobre si este paso afectó el cumplimiento del planteamiento del problema.

Al inicio del estudio, dos sujetos se encontraban interesados en participar en el taller de TCC: uno era del sexo masculino y el otro del sexo femenino, lo cual no era lo esperado, ya que se contemplaba que hubiera más sujetos que gustarían participar en el taller; esto generó que se reajustaran los criterios de inclusión para integrar a aquellos sujetos que servirían de comparación (es decir: sujetos que estuvieran asistiendo a seguimiento con el

personal de enfermería y que no accedió a participar en el taller de TCC), lo que dio como resultado los siguientes: a) que pertenecieran al mismo grupo de chequeo mensual, b) pertenecer al rango de edad de entre 50 y 64 años y c) ser de sexo indistinto; con base a los criterios de inclusión se seleccionaron a cuatro sujetos que cumplieran con estas características: dos eran del sexo masculino y dos del femenino.

La segunda situación que influyó en el estudio, se relacionó con la duración del programa de chequeo de indicadores biológicos a cargo del personal de enfermería, esto debido a que su programa tenía una duración de seis meses, concluyendo el 18 de julio del 2017, esto con una sesión mensual, en este sentido debido a que el programa implicaría más tiempo del que duraría el programa TCC, es por esto que se pidió al personal de enfermería que llevarán a cabo dos sesiones extra a fin de obtener el resultado de los indicadores biológicos de aquellos sujetos que participaron y los que no participaron en el taller, inicialmente esto se había previsto y se contempló que una vez que se concluyera el programa de los enfermeros se pediría su asistencia para la revisión de estos factores el día martes 12 de septiembre del 2017, para la primer sesión de seguimiento 1 mes después del término del taller y el sábado 18 de noviembre del mismo año para la segunda sesión de seguimiento 3 meses después del término del taller, lo cual se realizó de esa manera y en la que accedieron los participantes seleccionados para compararlos con los que sí acudieron al taller, no obstante al momento de las citas ya no acudieron presentando diversos motivos como que: habían salido de viaje, estaban enfermos, que no había quienes los llevaran al centro de salud y otros más no contestaron a las llamadas telefónicas, es así que esto imposibilitó que se hicieran las comparaciones correspondientes a los meses de septiembre y noviembre.

Considerando lo anterior, a pesar de estas situaciones se considera que no afectan de forma sustancial el estudio, debido a que permiten generar la información necesaria para dar respuesta al planteamiento del problema; partiendo de esto a continuación se dará paso con la presentación de los resultados obtenidos.

## **4.2 Resultados Obtenidos**

Esta sección va a estar conformada por la presentación de los resultados, para las variables biológicas y psicológicas de los sujetos que participaron y no participaron en el taller TCC, en donde se presentará primero información de la sesión como fecha y actividades que se realizaron, en seguida se presentan los resultados obtenidos en esa sesión de cada sujeto que asistió y en seguida resultados de los que decidieron no asistir.

En seguida se presentan conclusiones de manera general de los datos obtenidos, así como sustento teórico y finalmente una tabla con los resultados de esa sesión. A partir de la sesión 4 se presentará una comparación de variables entre los sujetos que asistieron y los que no asistieron al taller.

### **4.2.1 Sesión de seguimiento uno.**

Esta sesión se llevó a cabo el 14 de febrero del 2017, en el aula dentro del centro de salud, en ella solamente se obtuvieron los niveles de los indicadores biológicos, esto debido a que para entonces aun no llevaba a cabo la aplicación del taller, a cargo del personal de psicología.

En cuanto a los sujetos que decidieron participar en el taller de TCC, se encontró que el sujeto 1 (S1), su nivel de glucosa se ubicó en la categoría “*muy malo*”, mientras que

su nivel de presión arterial se encontraba en la categoría “*normal*”; con respecto al sujeto 2 (S2), sus niveles de glucosa se encontraban en la categoría “*bueno*”, mientras que su nivel de presión arterial se encontraba categoría “*óptima*” (véase tabla 2).

Por otro lado, los sujetos que decidieron no asistir al taller los resultados fueron los siguientes: el sujeto 3 (S3), no se presentó a la sesión; el sujeto 4 (S4), obtuvo para sus niveles de glucosa la categoría “*muy malo*” y dentro de los niveles de presión sanguínea se encontró en la categoría “*óptima*”; para el sujeto 5 (S5), sus niveles de glucosa entraron en la categoría de “*muy malo*” y en los de presión sanguínea en “*óptima*” y finalmente, el sujeto 6 (S6), obtuvo un nivel de glucosa “*muy malo*” y en presión sanguínea “*óptima*” (véase tabla 2).

Partiendo de los resultados, se establece que los sujetos presentan niveles de glucosa y presión sanguínea que van de las categorías “*muy malo*” a “*óptima*”, en este sentido los resultados en estas variables pueden ser afectados por distintos factores entre los que se encuentran los de tipo psicosocial, como lo son la exposición a estresores, en este sentido la OMS (2018), señala que cuando un adulto mayor pasa por situaciones estresantes, como lo son: desempleo, luto, o cualquier situación de malestar es un factor de riesgo para la manifestación de sintomatología depresiva y esta desencadena una afectación en la salud física, por ejemplo; puede generar más estrés y disfunción, esto empeora la situación vital de la persona y entre ello, las enfermedades cardiovasculares como lo es la hipertensión y por otro lado, la diabetes, o en otros casos puede ser en sentido inverso, es decir la presencia de estas enfermedades puede conducir a manifestar sintomatología depresiva.

<b>Tabla #2</b> Sesión de seguimiento número 1 Fecha; 14 de febrero de 2017										
	Puntuación normalizada a ansiedad estado	Percentiles de ansiedad estado	Niveles de ansiedad estado	Puntuación normalizada de ansiedad rasgo	Percentiles de ansiedad rasgo	Niveles de ansiedad rasgo	Puntuación de depresión	Niveles de depresión	Niveles de glucosa	Niveles de presión sanguínea
<b>Sujetos que participaron el taller de TCC</b>										
S1	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	Muy malo	Normal
S2	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	Bueno	Optima
<b>Sujetos que no participaron en el taller</b>										
S3	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
S4	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	Muy malo	Optima
S5	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	Muy malo	Optima
S6	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	Muy malo	Optima
NOTA: N/A: no aplica esta información ya que no se obtuvo en la sesión de seguimiento.										

#### 4.2.2 Sesión de seguimiento dos.

Esta sesión se llevó a cabo el 14 de marzo del 2017, dentro del aula del centro de salud, en esta solamente se obtuvieron los niveles de los indicadores biológicos ya que para esta sesión aún no se iniciaba el programa de intervención. En cuanto a los sujetos que decidieron participar en el taller de TCC, se encontró que el S1 obtuvo un nivel de glucosa que entró en la categoría de “*regular*”, mientras que su nivel de presión arterial se ubicó en la categoría de “*óptima*”; con respecto al S2, sus niveles de glucosa se encontraban en la categoría de “*regular*”, mientras que su nivel de presión arterial se ubicó en “*normal*” (véase tabla 3).

Por otro lado, los resultados en aquellos sujetos que decidieron no asistir al taller fueron los siguientes: el S3, obtuvo un nivel de glucosa que entró en la categoría de “*malo*” y en presión sanguínea fue de “*hipertensión grado 2*”; para el S4, este no se presentó, por lo que se le asignó la categoría “*N/A*”; y para el S5 y el S6 obtuvieron los mismos niveles

en glucosa y presión sanguínea, debido a que en la primera obtuvieron un nivel que se ubicó en la categoría “*malo*” y en la segunda se encontró en la categoría “*optima*” (véase tabla 3).

Partiendo de los resultados, se establece que los sujetos presentaron niveles de glucosa y presión sanguínea que van de las categorías “*malo*” a “*óptima*”, en este sentido, los resultados son contextualizados por la edad que tienen los sujetos, en el sentido de que se considera que es una característica del envejecimiento el incrementar o disminuir de forma constantemente y progresiva, los indicadores biológicos de sus enfermedades tanto físicas como psicológicas.

Lo anterior, debido a que existen factores de riesgo que contribuyen a que el adulto mayor se retire de actividades de interacción social, como lo son: el aumento de preocupación por sí mismo y disminución de su interés emocional hacia los demás; la aceptación de esto contribuye a que se retire de las actividades que antes realizaba con facilidad, sin embargo el sufrimiento acumulado a lo largo de la vida y/o el tipo de vida que haya llevado la persona genera un riesgo que intensifica las enfermedades que tiene, como lo son la diabetes e hipertensión Alvarado, et al. (2014).

<b>Tabla #3</b> Sesión de seguimiento numero #2 Fecha: Martes 14 de marzo del 2017										
	Puntuación normalizada a ansiedad estado	Percentiles de ansiedad estado	Niveles de ansiedad estado	Puntuación normalizada de ansiedad rasgo	Percentiles de ansiedad rasgo	Niveles de ansiedad rasgo	Puntuación de depresión	Niveles de depresión	Niveles de glucosa	Niveles de presión sanguínea
<b>Sujetos que participaron el taller de TCC</b>										
S1	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	Regular	Optima
S2	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	Regular	Normal
<b>Sujetos que no participaron en el taller</b>										
S3	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	Malo	Hipertensión grado 2
S4	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
S5	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	Malo	Optima
S6	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	Malo	Optima
NOTA: N/A: no aplica esta información ya que no se obtuvo en la sesión de seguimiento.										

### 4.2.3 Sesión de seguimiento tres.

Esta sesión se llevó a cabo el 18 de abril del 2017 en la cual, además de la medición de indicadores biológicos se dio inicio al taller de TCC, aplicando la entrevista inicial y el IDARE y el BDI-II, en aquellos sujetos que accedieron participar en el programa de intervención, mientras que con los sujetos que decidieron no asistir al taller únicamente se obtuvo sus niveles de glucosa y presión sanguínea.

En cuanto a los sujetos que decidieron participar en el taller de TCC, se encontró que el S1 obtuvo un nivel de glucosa que entró en la categoría “*malo*”, mientras que su nivel de presión arterial se categorizó en “*normal*”; en cuanto a los resultados obtenidos con la prueba IDARE, se encontró que en la escala de ansiedad, obtuvo una puntuación normalizada de 33, que la ubicó en el percentil 29 y en un nivel “*leve*”; con referencia a la escala ansiedad rasgo obtuvo una puntuación normalizada de 34, que la ubicó en el

percentil 29 y en un nivel “leve”; en cuanto a los resultados en la escala de depresión obtuvo un puntaje de 13 que lo ubicó en un nivel “leve”.

Con respecto al S2, sus niveles de glucosa se encontraban en la categoría de “bueno”, mientras que su nivel de presión arterial se categorizó en “óptimo”; en cuanto a los resultados obtenidos con la prueba IDARE, se encontró que en la escala de ansiedad estado obtuvo una puntuación normalizada de 23, que la ubicó en el percentil 6 y en un nivel “mínimo”; con referencia a la escala ansiedad rasgo obtuvo una puntuación normalizada de 26 que la ubicó en el percentil 10 y en un nivel “mínimo”; en cuanto a los resultados en la escala de depresión obtuvo un puntaje de 3 que lo ubicó en un nivel “mínimo”.

Por otro lado, los sujetos que decidieron no asistir al taller los resultados fueron los siguientes: el S3, obtuvo un nivel de glucosa que entró en la categoría de “malo” y en presión sanguínea entró en la categoría “hipertensión grado 2”; para el S4, este no se presentó, por lo que se le asignó la categoría “N/A”; y para el S5 y el S6 obtuvieron los mismos niveles en glucosa y presión sanguínea, debido a que en la primera obtuvieron un nivel categorizado como “malo”, y en la segunda como “optima” (véase tabla 4).

Con base en los resultados, se concluye que los sujetos que accedieron participar en el programa obtuvieron unos niveles en las escalas de la prueba IDARE que iban entre “leve” y “mínimo”, mientras que en glucosa los niveles oscilaron entre “malo” y “buena”, y en cuanto a presión sanguínea se encontraban entre “normal” “y óptima”; con referencia a los sujetos que no accedieron participar se encontró que los niveles de presión sanguínea oscilaron entre “hipertensión grado 2” y “óptima”; mientras que los niveles de glucosa se clasificaron en “mala”.

Los resultados anteriores guardan relación en que cuando se llega al envejecimiento se generan cambios en el aspecto biológico, cognitivo y conductual que no pasan desapercibidos por las personas que están a su alrededor, y estos mismos llevan a presentar otras enfermedades como cefaleas, dificultad respiratoria, mareos, dolor torácico, palpitaciones o hemorragia nasal (OMS, 2013). Además, en esta etapa se llegan a presentar cambios en el estilo de vida que traen consigo disponer de demasiado tiempo libre que implica aprender a ocuparlo, lo cual genera una serie de alteraciones como lo son: ansiedad, problemas económicos, deterioro de la salud, aislamiento social y soledad (Correa, 2016).

<b>Tabla #4</b> Sesión de seguimiento numero #3 Fecha: Martes 18 de abril del 2017										
	Puntuación normalizada de ansiedad estado	Percentil de ansiedad estado	Niveles de ansiedad estado	Puntuación normalizada de ansiedad rasgo	Percentil de ansiedad rasgo	Niveles de ansiedad rasgo	Puntuación de depresión	Niveles de depresión	Niveles de glucosa	Niveles de presión sanguínea
<b>Sujetos que participaron el taller de TCC</b>										
S1	33	29	Leve	34	29	Leve	13	Leve	Malo	Normal
S2	23	6	Mínimo	26	10	Mínimo	3	Mínimo	Buena	Optima
<b>Sujetos que no participaron en el taller</b>										
S3	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	Malo	Hipertensión grado 2
S4	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
S5	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	Malo	Optima
S6	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	Malo	Optima
NOTA: N/A: no aplica esta información ya que no se obtuvo en la sesión de seguimiento.										

#### 4.2.4 Sesión de seguimiento cuatro.

Esta sesión, se llevó a cabo el 29 de mayo del 2017, durante el tiempo transcurrido el taller de TCC, se encontraba en la sesión tres, la cual se orientó en dar una retroalimentación en cuanto a las actividades referentes al módulo de relajación y los efectos que se han percibido con las técnicas de relación encargadas para que las lleven en su hogar los sujetos.

En cuanto a los sujetos que decidieron participar en el taller, se encontró que el S1 obtuvo un nivel de glucosa que entró en la categoría “*malo*”, mientras que su nivel de presión arterial se categorizó en “*normal*”; en cuanto a los resultados obtenidos con la prueba IDARE, se encontró que en la escala de ansiedad estado obtuvo una puntuación normalizada de 26, que la ubicó en el percentil 13 y en un nivel “*mínimo*”; con referencia a la escala ansiedad rasgo obtuvo una puntuación normalizada de 33, que la ubicó en el percentil 26 y en un nivel “*leve*”; en cuanto a los resultados en la escala de depresión obtuvo un puntaje de 11 que lo ubicó en un nivel “*leve*”.

Con respecto al S2, sus niveles de glucosa se encontraban en la categoría de “*regular*”, mientras que su nivel de presión arterial se categorizó en “*bueno*”; en cuanto a los resultados obtenidos con la prueba IDARE se encontró que en la escala de ansiedad estado obtuvo una puntuación normalizada de 25, que la ubicó en el percentil 10 y en un nivel “*mínimo*”; con referencia a la escala ansiedad rasgo obtuvo una puntuación normalizada de 31, que la ubicó en el percentil 22 y en un nivel “*mínimo*”; en cuanto a los resultados en la escala de depresión obtuvo un puntaje de 13 que lo ubicó en un nivel “*leve*”.

Por otro lado, los sujetos que decidieron no asistir al taller los resultados fueron los siguientes: el S3 obtuvo un nivel de glucosa que entró en la categoría de “*malo*”, y en presión sanguínea entró en la categoría “*normal alta*”; para el S4 y el S5, estos no se presentaron, por lo que se le asignó la categoría “*N/A*”; y para S6 obtuvo un nivel de glucosa que entró en la categoría de “*malo*” y en presión sanguínea entró en la categoría “*optima*” (véase tabla 5).

<b>Tabla #5</b>										
<i>Sesión de seguimiento numero #4</i>										
Fecha: Lunes 29 de mayo del 2017.										
	<b>Puntuación normalizada de ansiedad estado</b>	<b>Percentiles de ansiedad estado</b>	<b>Niveles de ansiedad estado</b>	<b>Puntuación normalizada de ansiedad rasgo</b>	<b>Percentiles de ansiedad rasgo</b>	<b>Niveles de ansiedad rasgo</b>	<b>Puntuación de depresión</b>	<b>Niveles de depresión</b>	<b>Niveles de glucosa</b>	<b>Niveles de presión sanguínea</b>
<b>Sujetos que participaron el taller de TCC</b>										
S1	26	13	Mínimo	33	26	Leve	11	Leve	Malo	Regular
S2	25	10	Mínimo	31	22	Mínimo	13	Leve	Regular	Bueno
<b>Sujetos que no participaron en el taller</b>										
S3	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	Malo	Normal alta
S4	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
S5	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
S6	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	Malo	Optima
NOTA: N/A: no aplica esta información ya que no se obtuvo en la sesión de seguimiento										

Dentro de los resultados, en esta sesión en los sujetos que participaron en el programa se observa que el S1 obtuvo una menor puntuación en la escala de ansiedad, estado el cual ocasiono que bajara de categoría a “*mínima*”, en comparación a la sesión pasada que se encontraba en “*leve*”, mientras que para la escala ansiedad rasgo hubo una disminución del puntaje, pero que no hizo cambiar la categoría y permanece en “*leve*” como en la sesión pasada; en cuanto al puntaje de depresión este disminuyó de 13 a 11 pero

permanece igual que en sesión pasada en nivel “leve”; en cuanto a los niveles de glucosa, estos se mantuvieron en el nivel “malo”, como en la sesión pasada, y en cuanto a presión sanguínea se pasó de “normal” a “regular”, es decir, este disminuyó a comparación de la sesión pasada. Partiendo de esto, los resultados en los indicadores psicológicos, se observa que estos no traen consigo un cambio positivo en las variables biológicas, esto se considera que puede ser debido a que los cambios experimentados en las variables psicológicas son mínimos como para presentar un cambio en las variables biológicas.

Con referencia al S2, se observó un incremento en el puntaje de la escala ansiedad estado de 23 a 25, y ansiedad rasgo de 26 a 31, pero éstas no cambiaron la categoría del nivel obtenido y permanecen en “mínimo” como en la sesión anterior, sin embargo, esto no fue así para el nivel de depresión que aumentó de categoría de pasar de “mínimo” a “leve”; mientras que en cuanto a sus niveles de glucosa bajo de nivel, ya que pasó del nivel “bueno” a “regular”, y con referencia a la presión sanguínea esta disminuyó de nivel ya que paso del nivel “optima” a “buena”.

Estos resultados, sugieren una relación negativa entre las variables psicológicas con las variables físicas, que se expresa en forma de que si se incrementan los niveles de ansiedad y de sintomatología depresiva también se incrementarán los niveles de las variables biológicas; esta posible relación encontrada se considera que guarda relación con lo mencionado por Craig, et al. (2009), quienes mencionan que en el envejecimiento el cuerpo cambia en múltiples formas durante los últimos años en el sentido de que existe una relación entre lo biológico y lo psicológico para presentar cambios en uno u otro.

Con referencia a los sujetos que no participaron, se aprecia que los resultados en el S3 en cuanto a los niveles de glucosa, se han mantenido constantes mientras que en presión sanguínea bajaron de categoría al pasar de “*Hipertensión grado 2*” a “*Normal alta*”, así mismo el S4 presenta “*N/A*”, mientras que el S5 mantuvo sus niveles constantes, y el S6 obtuvo los primeros valores de referencia.

#### **4.2.5 Sesión de seguimiento cinco.**

Esta sesión, se llevó a cabo el martes 20 de junio del año 2017, en la cual se continúa con la revisión de factores tanto biológicos como psicológicos, para esta fecha el taller se encontraba en su sesión cinco, relacionada con el afianzamiento de competencias de reestructuración cognitiva, para este momento los participantes tenían los conocimientos de lo que era un pensamiento automático y sabían cómo identificarlos.

En las actividades de esta sesión, solo se obtuvo los niveles de las variables biológicas de los sujetos, ya que el taller se encontraba en una sesión intermedia para concluir el módulo de reestructuración cognitiva, en la cual se consideraba no factible para aplicar las pruebas.

En cuanto a los sujetos que decidieron participar en el taller, se encontró que el S1 obtuvo un nivel de glucosa que entró en la categoría “*regular*”, mientras que su nivel de presión arterial se categorizó en “*optima*”; con respecto al S2 sus niveles de glucosa se encontraban en la categoría de “*malo*”, mientras que su nivel de presión arterial se categorizó en “*normal*”.

Por otro lado, los sujetos que decidieron no asistir al taller los resultados fueron los siguientes: el S3 obtuvo un nivel de glucosa que entró en la categoría de “regular”, y en presión sanguínea se mantuvo en la categoría “normal alta”; para el S4 y el S5, éstos no se presentaron, por lo que se le asignó la categoría “N/A”; y para S6, obtuvo un nivel de glucosa se mantuvo en la categoría de “malo” y en presión sanguínea también se mantuvo categoría “optima” (véase tabla 6).

<b>Tabla #6</b> Sesión de seguimiento numero #5 Fecha: Martes 20 de junio del 2017.										
	Puntuación normalizada de ansiedad estado	Percentiles en ansiedad estado	Niveles de ansiedad estado	Puntuación de ansiedad rasgo	Percentiles en ansiedad rasgo	Niveles de ansiedad rasgo	Puntuación de depresión	Niveles de depresión	Niveles de glucosa	Niveles de presión sanguínea
<b>Sujetos que participaron el taller de TCC</b>										
S1	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	Regular	Optima
S2	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	Mala	Normal
<b>Sujetos que no participaron en el taller</b>										
S3	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	Regular	Normal alta
S4	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
S5	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
S6	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	Mala	Optima
NOTA: N/A: no aplica esta información ya que no se obtuvo en la sesión de seguimiento										

Dentro de los resultados, en esta sesión en los sujetos que participaron en el programa se observa que el S1, en cuanto a los niveles de glucosa, estos mejoraron, ya que pasaron de “malo” a “regular” y en cuanto a presión sanguínea también mejoró ya que pasó de “regular” a “optima”. Con referencia al S2 se observó en cuanto a sus niveles de glucosa se incrementaron desfavorablemente ya que pasaron de “regular” a “malo” y en cuanto a presión sanguínea disminuyó de “bueno” a “normal”.

Los resultados obtenidos en el S1, indican que en esta sesión las categorías de sus niveles de indicadores biológicos disminuyeron a nivel favorables, en este sentido de acuerdo con información proporcionada por los coordinadores del taller, el desempeño del sujeto se caracterizó por estar emocionado por conocer otros ejercicios, sin embargo, presentó sentimientos de inquietud leves por no cumplir con su trabajo; esto puede indicar que si se le hubieran aplicado las pruebas psicológicas hubiera obtenido puntajes mínimos que indicaran la ausencia de estados afectivos disfuncionales.

Mientras que para el caso del S2, los resultados indican que no hubo un cambio favorable, en este sentido los coordinadores comentaron que su desempeño se caracterizó por primeramente sentirse preocupada por llegar media hora tarde, después negarse a participar en las actividades de manera grupal, prefiriendo hacerlo con la persona que tenía a su lado, en este espacio se detectó que conocía los términos de los que se han estado abordando en el taller.

Con referencia a los sujetos que no participaron, se aprecia que el resultado en el S3 disminuyó, en sus niveles de glucosa de “*malo*” a “*optimo*” mientras que en presión sanguínea se mantuvo en “*normal alta*” como en la sesión anterior; los S4 y S5 permanece en “*N/A*” igual que en la sesión pasada y finalmente S6 mantuvo sus niveles constantes.

#### **4.2.6 Sesión de seguimiento seis.**

Esta sesión se llevó a cabo el martes 18 de julio del 2017, para iniciar se llevó a cabo el chequeo mensual de indicadores biológicos por parte del personal de enfermería, sin embargo, la mayoría de ellos no acudió, lo que generó que solo se obtuvieran los datos

de los sujetos que acudieron al taller de TCC; para ese momento el taller se encontraba al inicio de la sesión ocho que hace referencia al módulo de entrenamiento en asertividad.

En cuanto a los sujetos que decidieron participar en el taller, se encontró que el S1 obtuvo un nivel de glucosa que entró en la categoría “*regular*”, mientras que su nivel de presión arterial se categorizó en “*normal alta*”; en cuanto a los resultados obtenidos con la prueba IDARE se encontró que en la escala de ansiedad estado obtuvo una puntuación normalizada de 40, que la ubicó en el percentil 43 y en un nivel “*leve*”; con referencia a la escala ansiedad rasgo obtuvo una puntuación normalizada de 47, que la ubicó en el percentil 68 y en un nivel “*moderado*”; en cuanto a los resultados en la escala de depresión obtuvo un puntaje de 9 que lo ubicó en un nivel “*mínimo*”.

Con respecto al S2, sus niveles de glucosa y presión sanguínea no se obtuvieron debido a que por motivos personales le resultó imposible asistir a la hora asignada de la valoración, por lo que se le asignó en la categoría “*N/A*”; en cuanto a los resultados obtenidos con la prueba IDARE, se encontró que en la escala de ansiedad estado obtuvo una puntuación normalizada de 29, que la ubicó en el percentil 41 y en un nivel “*leve*”; con referencia a la escala ansiedad rasgo obtuvo una puntuación normalizada de 33, que la ubicó en el percentil 26 y en un nivel “*leve*”; en cuanto a los resultados en la escala de depresión obtuvo un puntaje de 6 que lo ubicó en un nivel “*mínimo*”. Por otro lado, con referencia a los sujetos que decidieron no asistir al taller, los resultados entraron en la categoría “*N/A*” ya que ninguno se presentó, (véase tabla 7).

<b>Tabla #7</b>										
Sesión de seguimiento numero #6										
Fecha: Martes 18 de julio del 2017.										
	Puntuación normalizada de ansiedad estado	Percentiles de ansiedad estado	Niveles de ansiedad estado	Puntuación normalizada de ansiedad rasgo	Percentiles de ansiedad rasgo	Niveles de ansiedad rasgo	Puntuación normalizada de depresión	Niveles de depresión	Niveles de glucosa	Niveles de presión sanguínea
<b>Sujetos que participaron el taller de TCC</b>										
S1	40	43	Leve	47	68	Moderado	9	Mínimo	Regular	Normal Alta
S2	29	41	Leve	33	26	Leve	6	Mínimo	N/A	N/A
<b>Sujetos que no participaron en el taller</b>										
S3	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
S4	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
S5	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
S6	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
NOTA: N/A: no aplica esta información ya que no se obtuvo en la sesión de seguimiento										

Dentro de los resultados en esta sesión, para los sujetos que participaron en el programa se observa que para las variables psicológicas no existe comparación con la sesión anterior, debido a que en aquella no se llevó a cabo la aplicación de las pruebas IDARE y BDI-II, no obstante, si se les compara con la sesión cuatro los resultados indican que el S1 obtuvo una mayor puntuación en la escala de ansiedad estado lo cual hizo que pasara de la categoría a “*mínima*” a la categoría “*leve*”, mientras que para la escala ansiedad rasgo se observó una tendencia similar ya que pasó de la categoría “*leve*” a la categoría “*moderada*”; en cuanto al puntaje de depresión este disminuyó de 11 a 9 lo que hizo que cambiara de categoría, pasando de “*leve*” a “*mínima*”. Con referencia al S2, se observó una tendencia similar a la del S1 para ambas pruebas debido a que, en la prueba IDARE en ambas sub-escalas pasó de la categoría “*mínima*” a la “*leve*”, mientras que en el BDI-II pasó de “*leve*” a “*mínima*”.

Los resultados anteriores, pueden explicarse en función a los cambios que se observan en los sujetos participantes esto debido al contacto que se ha logrado con los profesionales de psicología y al involucrarse directamente en las actividades que se les han indicado que

realicen. Partiendo de esta explicación, los resultados guardan relación con lo mencionado en la investigación por Riveros et al. (2005), esto ya que existen mejoras tanto clínicas y estadísticas significativas con la mayoría de las variables psicológicas y biológicas que se manejan realizando un tratamiento generalizado orientado principalmente al afrontamiento conductual y cognitivo.

Es así que la terapia psicológica, en su modalidad de grupo contiene técnicas y actividades que además de generar aprendizajes posibilita obtener una respuesta adecuada hacia cualquier área que se desee trabajar como hace referencia Moreno et al., (2006), quienes señalan que existen técnicas psicológicas que buscaban el control de la respuesta fisiológica originada por pensamiento automáticos disfuncionales, dicha respuesta fisiológica es originada por la actividad del sistema nervioso simpático, la cual regula la presión sanguínea.

#### **4.2.7 Sesión de seguimiento siete.**

Esta sesión se llevó a cabo el martes 12 de septiembre del año 2017, el inicio de la sesión consistió en la medición de los indicadores biológicos y la aplicación de las pruebas IDARE y BDI-II, para esa sesión el programa había concluido, sin embargo, la sesión sirvió como sesión de seguimiento.

En cuanto a los sujetos que decidieron participar en el taller, se encontró que el S1 obtuvo un nivel de glucosa que entró en la categoría “buena”, mientras que su nivel de presión arterial se categorizó en “optima”; en cuanto a los resultados obtenidos con la prueba IDARE se encontró que en la escala de ansiedad estado obtuvo una puntuación

normalizada de 34, que la ubicó en el percentil 31 y en un nivel “leve”; con referencia a la escala ansiedad rasgo, obtuvo una puntuación normalizada de 44, que la ubicó en el percentil 59 y en un nivel “moderado”; en cuanto a los resultados en la escala de depresión obtuvo un puntaje de 15 que lo ubicó en un nivel “leve”.

Con respecto al S2, obtuvo un nivel de glucosa que entró en la categoría “buena”, mientras que su nivel de presión arterial se categorizó en “optima”; en cuanto a los resultados obtenidos con la prueba IDARE, se encontró que en la escala de ansiedad estado obtuvo una puntuación normalizada de 30, que la ubicó en el percentil 21 y en un nivel “mínimo”; con referencia a la escala ansiedad rasgo obtuvo una puntuación normalizada de 32, que la ubicó en el percentil 23 y en un nivel “mínimo”; en cuanto a los resultados en la escala de depresión obtuvo un puntaje de 6 que lo ubicó en un nivel “mínimo”.

Por otro lado, con referencia a todos los sujetos que decidieron no asistir al taller, estos no acudieron a la sesión de valoración con los enfermeros, por lo que los resultados entraron en la categoría “N/A” (véase tabla 8).

<b>Tabla #8</b> Sesión de seguimiento numero #7 Fecha: martes 12 de septiembre del 2017.										
	<b>Puntuación normalizada de ansiedad estado</b>	<b>Percentiles de ansiedad estado</b>	<b>Niveles de ansiedad estado</b>	<b>Puntuación normalizada de ansiedad rasgo</b>	<b>Percentiles de ansiedad rasgo</b>	<b>Niveles de ansiedad rasgo</b>	<b>Puntuación de depresión</b>	<b>Niveles de depresión</b>	<b>Niveles de glucosa</b>	<b>Niveles de presión sanguínea</b>
<b>Sujetos que participaron el taller de TCC</b>										
S1	34	31	Leve	44	59	Moderado	15	Leve	Buena	Optima
S2	30	21	Mínimo	32	23	Mínimo	6	Mínimo	Buena	Optima
<b>Sujetos que no participaron en el taller</b>										
S3	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
S4	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
S5	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
S6	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
NOTA: N/A: no aplica esta información ya que no se obtuvo en la sesión de seguimiento.										

Dentro de los resultados, en esta sesión en los sujetos que participaron en el programa se observa que el S1 obtuvo una menor puntuación en la escala de ansiedad estado, sin embargo, el nivel siguió siendo el mismo quedando en “*leve*”, mientras que para la escala ansiedad rasgo hubo una disminución del puntaje pero que no hizo cambiar la categoría, por lo que permaneció en la categoría “*moderado*”; en cuanto al puntaje de depresión este pasó de 9 a 15, lo que hizo que pasará del nivel “*mínimo*” al “*leve*”; en cuanto a los niveles de glucosa, estos se cambiaron, ya que pasaron el nivel “*regular*” al nivel “*bueno*” y en cuanto a presión sanguínea se pasó de “*normal alta*” a “*óptima*” es decir: estos indicadores disminuyeron a comparación de la sesión pasada.

Partiendo de esto, se observa que los resultados en los indicadores psicológicos no tienen una relación con respecto a las variables biológicas, esto se considera que puede ser debido a que los cambios experimentados en las variables psicológicas son mínimos como para que se relacionen con cambios en las variables biológicas.

Con referencia al S2 se obtuvo una mayor puntuación en la escala de ansiedad estado aumentando a la categoría de “*leve*” a “*mínimo*”, mientras que en ansiedad rasgo, de igual manera aumento de “*leve*” a “*mínimo*”, en cuanto al puntaje en la escala de depresión, este permaneció en 6 quedando en la categoría de “*mínimo*”; con referencia a los niveles de glucosa a comparación de la sesión pasada en ésta, si se obtuvieron los datos de la variable y la categoría obtenida fue de “*bueno*”, mientras que en presión sanguínea quedó en la categoría de “*optima*”. Partiendo de esto se observa que en el S2 se presentó un cambio mínimo dentro de sus variables a comparación del S1 que al continuar con su

chequeo mensual permanecen en sus mismos niveles, además se destaca que los niveles mínimos en las variables psicológicas se relacionan a nivel descriptivo con niveles deseables en presión sanguínea y glucosa.

Los resultados anteriores, pueden explicarse en función a la asistencia de cada sujeto o con el cumplimiento completo de las actividades que este afecte de manera involuntaria a los resultados en sus variables tanto biológicas como psicológicas. Partiendo de esta explicación, los resultados guardan relación con lo mencionado por la OMS (2017), que menciona que ofrecer tratamientos psicoterapéuticos, tratamientos cara a cara o medicamentos especializados ayudan a inhibir la re-captación de serotonina esto influir en los casos de depresión leve; para este caso el tratamiento psicológico grupal ayudaría a disminuir los niveles de sintomatología depresiva asociada con la depresión.

Así mismo, los avances en investigaciones en el campo de la salud indican que trabajar de manera conjunta, distintas áreas en el paciente como lo son médicas, sociales y psicológicas, ayudan a crear un panorama de respuesta favorable a cualquier tratamiento (Rivas et al., 2011), por ejemplo, se ha identificado que, si se maneja niveles de ansiedad normales, los niveles de glucosa mejoraran al mismo tiempo, así como la condición del paciente.

#### **4.2.8 Sesión de seguimiento ocho.**

Esta sesión se llevó a cabo el sábado 18 de noviembre del 2017, siendo la segunda sesión de seguimiento, la cual fue posterior a los 3 meses de haber finalizado el taller de TCC y siendo la última del programa de investigación. En cuanto a los sujetos que

decidieron participar en el taller, se encontró que el S1 obtuvo un nivel de glucosa que entró en la categoría “regular”, mientras que su nivel de presión arterial se categorizó en “hipertensión tipo 2”; en cuanto a los resultados obtenidos con la prueba IDARE se encontró que en la escala de ansiedad estado obtuvo una puntuación normalizada de 35, que la ubicó en el percentil 33 y en un nivel “leve”; con referencia a la escala ansiedad rasgo obtuvo una puntuación normalizada de 41, que la ubicó en el percentil 50 y en un nivel “leve”; en cuanto a los resultados en la escala de depresión obtuvo un puntaje de 13 que lo ubicó en un nivel “leve”; con respecto al S2, este no se presentó, por lo que se le asignó la categoría “N/A”; por otro lado, los sujetos que decidieron no asistir al taller no acudieron a esta sesión de seguimiento, por lo que se les asignó la categoría “N/A” (véase tabla 9).

<b>Tabla #9</b>										
<i>Sesión de seguimiento numero #8</i>										
Fecha: Sábado 18 de noviembre del 2017.										
	Puntuación normalizada de ansiedad estado	Percentil es de ansiedad estado	Niveles de ansiedad estado	Puntuación normalizada de ansiedad rasgo	Percentil de ansiedad rasgo	Niveles de ansiedad rasgo	Puntuación de depresión	Niveles de depresión	Niveles de glucosa	Niveles de presión sanguínea
<b>Sujetos que participaron el taller de TCC</b>										
S 1	35	33	Leve	41	50	Leve	13	Leve	Regular	Hipertensión grado 2
S 2	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
<b>Sujetos que no participaron en el taller</b>										
S 3	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
S 4	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
S 5	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
S 6	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
NOTA: N/A: no aplica esta información ya que no se obtuvo en la sesión de seguimiento.										

Dentro de los resultados, en esta sesión en los sujetos que participaron en el programa se observa que el S1 permaneció en la escala de ansiedad estado en un nivel de “leve”, al igual que en las últimas tres sesiones de seguimiento, mientras que en la escala de ansiedad rasgo la categoría disminuyó de “moderado” a “leve”; en cuanto al puntaje de depresión este disminuyó a 13 permaneciendo en el nivel de “leve”, categoría que obtuvo en sesión anterior; en cuanto a niveles de glucosa, este pasó de “regular” a “bueno” y en cuanto a presión sanguínea paso de “optima” a “hipertensión grado 2”; es decir en estas dos variables aumento en sus niveles.

Con referencia al S2, este obtuvo la categoría de “N/A” ya que no asistió por motivos personales, partiendo de esto, los resultados en los indicadores psicológicos indican que no se observa un aumento significativo a comparación de las variables biológicas ya que se observan un aumento significado en ellos, no obstante, si se comparan sus resultados obtenidos en la sesiones pasadas, se identifica que para la escala ansiedad estado sus niveles se mantuvieron entre la categoría “mínimo” y “leve”, siendo que en la sesión siete obtuvo la categoría “mínimo”, la sexta en “leve”, y las demás en “mínimo”, en cuanto a la escala de ansiedad rasgo se observó el mismo patrón, mientras que en la prueba BDI-II en la sexta y séptima sesión obtuvo un nivel “mínimo”, en la cuarta un nivel “leve” y en la tercera un nivel “mínimo”; con relación a sus niveles de glucosa en la séptima sesión obtuvo la categoría de “buena”, lo cual fue mejor comparándola con la sesión cuatro y cinco en donde obtuvo las categorías “regular” y “mala”.

El presente capítulo tuvo por finalidad, de presentar los resultados obtenidos tras la realización de la investigación acorde con la metodología presentada en el capítulo anterior, dicha información permite responder el planteamiento del problema y las demás secciones

que la conforman, para ello el capítulo siguiente presentará un análisis para darle una respuesta y contextualizar los resultados en el campo de conocimientos existentes.

## **Capítulo 5**

### **Discusión de los Resultados de la Intervención**

Este capítulo, tiene por finalidad, analizar los resultados obtenidos en el capítulo anterior a fin de poder darle respuesta al planteamiento del problema y las diversas secciones que parten de este, tales como: objetivos, preguntas e hipótesis; además tiene por objetivo relacionar los resultados con la literatura que sustentó el estudio, así como examinar las limitaciones de la investigación y partiendo de ello analizar la importancia en función de una serie de argumentos justificativos, los cuales conducirían a la presentación de una serie de recomendaciones y propuestas de líneas de investigación y de intervención.

Con base a lo anterior, las secciones que conformarán esta sección son: hallazgos centrales obtenidos en la investigación, conclusiones de la investigación, recomendaciones para futuras investigaciones, implicaciones de la investigación y propuestas y líneas de investigación futuras, finalmente el documento finalizará con una conclusión para luego presentar las referencias y anexos del estudio.

#### **5.1 Hallazgos Centrales Obtenidos en la Intervención**

Esta sección tiene por finalidad, dar respuesta al planteamiento del problema, así como a las secciones de objetivos, preguntas e hipótesis mediante un análisis de la información obtenida en el capítulo anterior, una vez hecho esto, se dará paso a la sección siguiente titulada conclusiones de la investigación.

Con base a el planteamiento del problema, que consistía en realizar un seguimiento a un grupo de adultos mayores diagnosticados con diabetes e hipertensión y que además que presentaban síntomas de ansiedad y depresión, los cuales pertenecían a un grupo de

seguimiento de indicadores biológicos y que a su vez participaron en un programa basado en TCC, para el manejo de síntomas de ansiedad y depresión, con el fin de comparar estos indicadores (biológicos y psicológicos), con el grupo de adultos mayores que no decidieron participar.

De acuerdo con ello, solo dos sujetos fueron los que participaron en el taller y cuatro fueron los que no decidieron asistir, pero que aceptaron llevar un registro de sus niveles de presión sanguínea y glucosa durante sus citas médicas con los enfermeros, con base a esto se obtuvieron una serie de mediciones que permitieron comparar los niveles de estas variables biológicas, lo cual ayudó a responder el planteamiento del problema y las demás secciones que guardan relación con ello.

En función de lo anterior, se considera que el objetivo general se cumplió, el cual era: *“Conocer a nivel descriptivo si existe una diferencia entre los niveles de presión arterial y glucosa entre un grupo de sujetos adultos mayores que acudieron y un grupo que no acudieron a la replicación de un taller basado en la TCC para el manejo de síntomas de ansiedad y depresión”*.

A fin de dar respuesta a este objetivo, se procedió a realizar una comparación entre los sujetos que participaron en el taller con aquellos que no decidieron participar, en este sentido se consideró comparar ambos grupos partiendo de aquellas sesiones en las que los sujetos que habían participado en el taller, ya estaban adquiriendo herramientas para el manejo de la sintomatología asociada con la ansiedad y depresión, lo cual sería a partir de la sesión cuatro esto debido a que la sesión uno y dos fueron previas al taller y la tercera fue llevada a cabo durante la proceso de evaluación previo al programa de intervención.

Partiendo de esto, de los cuatro sujetos que conformaban el grupo que no participaron en el taller, solo dos tuvieron mediciones en sus variables biológicas, y éstas solo se obtuvieron durante las sesiones cuatro y cinco debido a que en las siguientes ya no acudieron por diversos motivos.

En función de lo anterior, resultados indican que los sujetos que no participaron en el taller mantuvieron similares en ambas variables, con excepción del sujeto tres que en la variable glucosa paso de “*malo*” a “*regular*”, en la sesión cinco; con respecto a los sujetos que si participaron en el taller los resultados en las sesiones cuatro y cinco indicaron resultados diferentes, lo anterior, debido a que el sujeto uno experimentó cambios favorables en ambas variables biológicas, mientras que el sujeto dos muestra una tendencia opuesta, pero que en la siguiente sesión de evaluación mejoró sus niveles, estos resultados permiten establecer que a nivel descriptivo hubo una diferencia que indica que el taller mejoró los niveles en ambas variables biológicas, sin embargo debido a que cantidad de sujetos ambos grupos y carencia de evaluaciones en las sesiones seis, siete y ocho en los sujetos que no participaron en el programa no se posible establecer si hay diferencias significativas así como representativas (véanse tablas 10, 11, 12, 13, 14 y 15).

**Tabla # 10**  
*Resultados en el sujeto uno*

		<b>Sesión</b>							
		1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>	7 <sup>a</sup>	8 <sup>a</sup>
IDARE	Puntuación normalizada ansiedad estado	---	---	33	26	---	40	34	35
	Percentil ansiedad estado	---	---	29	13	---	43	31	33
	Nivel ansiedad estado	---	---	Leve	Mínimo	---	Leve	Leve	Leve

	Puntuación normalizada ansiedad rasgo	---	---	34	33	---	47	44	41
	Percentil ansiedad rasgo	---	---	29	26	---	68	59	50
	Nivel ansiedad rasgo	---	---	Leve	Leve	---	Moderado	Moderado	Leve
BDI-II	Puntuación	---	---	13	11	---	9	15	13
	Nivel	---	---	Leve	Leve	---	Mínimo	Leve	Leve
	Nivel de glucosa	Muy malo	Regular	Malo	Malo	Regular	Regular	Buena	Regular
	Nivel de presión sanguínea	Normal	Optima	Normal	Regular	Optima	Normal alta	Optima	Hipertensión grado 2

**Tabla # 11**

*Resultados en el sujeto dos*

		Sesión							
		1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>	7 <sup>a</sup>	8 <sup>a</sup>
IDARE	Puntuación normalizada ansiedad estado	---	---	23	25	---	29	30	---
	Percentil ansiedad estado	---	---	6	10	---	41	21	---
	Nivel ansiedad estado	---	---	Mínimo	Mínimo	---	Leve	Mínimo	---
IDARE	Puntuación normalizada ansiedad rasgo	---	---	26	31	---	33	32	---
	Percentil ansiedad rasgo	---	---	10	22	---	26	23	---
	Nivel ansiedad rasgo	---	---	Mínimo	Mínimo	---	Leve	Mínimo	---
BDI-II	Puntuación	---	---	3	13	---	6	6	---
	Nivel	---	---	Mínimo	Leve	---	Mínimo	Mínimo	---

Nivel de glucosa	Buena	Regular	Buena	Regular	Mala	---	Buena	---
Nivel de presión sanguínea	Optima	Normal	Optima	Bueno	Normal	---	Optima	---

**Tabla # 12**

*Resultados en el sujeto tres*

	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	Sesión 4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>	7 <sup>a</sup>	8 <sup>a</sup>
Nivel del glucosa	---	Malo	Malo	Malo	Regular	---	---	---
Nivel de presión sanguínea	---	Hipertensión grado 2	Hipertensión grado 2	Normal alta	Normal alta	---	---	---

**Tabla # 13**

*Resultados en el sujeto cuatro*

	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	Sesión 4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>	7 <sup>a</sup>	8 <sup>a</sup>
Nivel del glucosa	Muy malo	---	---	---	---	---	---	---
Nivel de presión sanguínea	Optima	---	---	---	---	---	---	---

**Tabla #14**

*Resultados en el sujeto cinco*

	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	Sesión 4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>	7 <sup>a</sup>	8 <sup>a</sup>
Nivel del glucosa	Muy malo	Malo	Malo	---	---	---	---	---
Nivel de presión sanguínea	Optima	Optima	Optima	---	---	---	---	---

**Tabla #15**

*Resultados en el sujeto seis*

	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	Sesión 4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>	7 <sup>a</sup>	8 <sup>a</sup>
Nivel del glucosa	Muy malo	Malo	Malo	Malo	Mala	---	---	---
Nivel de presión sanguínea	Optima	Optima	Optima	Optima	Optima	---	---	---

Puesto que el objetivo general, se cumplió de acuerdo con el diseño del estudio se consideró que los objetivos específicos también se lograron, ya que, con respecto al primer objetivo, el cual era “*Conocer los niveles de presión arterial y glucosa en ambos grupos a lo largo de la duración del taller TCC para el manejo de la ansiedad y depresión*”, éste se logró ya que se brindó un seguimiento en ambos factores psicológico y biológico este con acompañamiento de personal de enfermería capacitado.

Para ampliar la respuesta a este objetivo, con base a los resultados obtenidos, en el capítulo anterior se presentan los siguientes resultados para cada sujeto: con respecto al sujeto uno, se encontró que con respecto a sus niveles de ansiedad estado, éstos oscilaron entre la categoría “*mínima*” y “*leve*”, esto indica que durante las sesiones su nivel de ansiedad se encontraba en niveles funcionales, en las últimas tres sesiones sus niveles mantuvieron en un nivel “*leve*”, esto indica que durante la aplicación se percibió sentirse de una forma tranquila.

Con referencia a sus niveles de ansiedad rasgo, éstos oscilaron entre la categoría “*leve*” y “*moderado*”, ésta última se relaciona con la presencia de una tendencia a manifestar episodios de ansiedad estado de manera frecuente a comparación de la categoría “*leve*”, en este sentido, en las sesiones tres y cuatro presentó un nivel “*leve*”, en la sexta y en séptima un nivel “*moderado*” y finalmente en la octava presentó un nivel “*leve*”, aunque fue un puesto en la puntuación normalizada la que hizo que bajara del nivel “*moderado*” al “*leve*”; esto indica que al final de las sesiones de seguimiento su tendencia a presentar episodios de ansiedad fue mayor a la que tuvo en un principio, esto se considera que pudo deberse a situaciones externas que experimentaba el sujeto, ya que mencionaba presentar situaciones que generaban sensaciones de disgusto que no salían de sus pensamientos.

En cuanto a sus niveles de depresión, estos oscilaron entre la categoría “*mínimo*” y “*leve*”, esto indica que la sintomatología depresiva que experimentó no fue clínicamente significativa, aunque realizando una comparativa fue en la sesión seis en donde obtuvo el nivel de “*mínimo*”, esto puede deberse a variaciones normales y no significativas.

Con respecto a los niveles de glucosa, éstos oscilaron entre las categorías “*muy malo*” y “*buena*”, en este sentido, se observó que en las primeras tres sesiones (las cuales fueron antes de llevar a cabo el programa de TCC), sus niveles fueron “*muy malo*”, “*regular*” y “*malo*”, posteriormente en la sesión cuatro su nivel fue de “*malo*”, sin embargo, en las sesiones siguientes sus niveles se ubicaron en las categorías “*regular*” y “*buena*”, siendo ésta la que obtuvo en la sesión siete; esto indica que a nivel descriptivo los niveles de glucosa fueron mayores antes del comenzar el programa de TCC, esto puede deberse debido a que con el seguimiento de mes con mes mencionan alimentarse de manera más sana porque “sabían que abría chequeo”.

Con referencia a sus niveles de presión sanguínea, esto oscilaron entre las categorías “*hipertensión grado 2*” y “*optima*”, en este sentido se observó que en las primeras tres sesiones sus niveles fueron “*normal*”, “*optima*” y “*normal*”, posteriormente en la sesión cuatro su nivel pasó a la categoría “*regular*”, en la sesión cinco mejoró, obteniendo el nivel de “*optima*”, posteriormente, en la sesión seis bajo y obtuvo la categoría “*normal alta*”, para luego en la sesión siete mejorar y obtener la categoría de “*optima*”, y finalmente en la sesión ocho pasar a la categoría “*hipertensión grado 2*”; estos resultados indican que durante la intervención hubo variaciones las cuales no guardan una relación clara con los resultados con las otras variables medidas, esto puede deberse debido a que los

participantes descansaban, se mostraban en situaciones relajantes antes de la toma de presión sanguínea durante el chequeo.

Para el sujeto dos, con respecto a sus niveles de ansiedad estado, estos oscilaron entre la categoría “*mínima*” y “*leve*”, ésto indica que durante las sesiones sus niveles de ansiedad se encontraba en niveles funcionales, en las sesiones tres y cuatro sus niveles estuvieron en el nivel “*mínimo*”, mientras que en la sesión seis sus niveles subieron a la categoría “*leve*”, para luego disminuir a la categoría “*mínimo*”, en la sesión siete, estos resultados son similares a los del S1, debido a que durante la aplicación de los instrumentos se percibió sentirse de una forma tranquila.

Con referencia a sus niveles de ansiedad rasgo, las categorías fueron similares a las obtenidas en la escala estado, ya que estas variaron entre “*mínimo*” y “*leve*”, esta última se relaciona con la presencia de una tendencia a manifestar episodios de ansiedad estado de manera frecuente a comparación de la categoría “*leve*”, pero con ser mayores y clínicamente significativos a comparación de la categoría de “*moderado*”, en este sentido, en las sesiones tres y cuatro presentó un nivel “*mínimo*”, en la sexta pasó a un nivel “*leve*”, y en la séptima paso a un nivel “*mínimo*”; estos resultados indican una tendencia a presentar con menor frecuencia y con una menor significancia clínica episodios de ansiedad estado, esto puede deberse a que el constructor de ansiedad rasgo es estable a lo largo del tiempo.

Con referencia a los niveles de depresión, estos oscilaron entre las categorías con menor significancia clínica, siendo entre “*mínimo*” y “*leve*”, con base a esto, en la sesión tres obtuvo un nivel “*mínimo*”, en la cuatro se incrementó para con ello tener un nivel “*leve*” y finalmente en las sesiones seis y siete obtuvo un nivel “*mínimo*”; considerando

estos resultados se encuentra que a nivel descriptivo no existe una tendencia a presentar sintomatología asociada con la ansiedad y depresión de carácter clínicamente significativa, esto se considera que concuerda con lo observado en las sesiones en donde el sujeto experimentaba un subir y bajar de emociones que representaban en ciertos momentos de manera significativa mientras que en otros pasaban desapercibidos.

Con referencia a sus niveles de glucosa, estos oscilaron entre las categorías “*mala*” y “*buena*”, partiendo de esto, en las primeras tres sesiones obtuvo los niveles “*buena*”, “*regular*” y “*buena*”, mientras que en la cuatro obtuvo un nivel “*regular*”, en la cinco un nivel “*malo*” y en la siete un nivel “*bueno*”; esto indica a nivel descriptivo se obtuvieron mejores niveles de glucosa a antes de comenzar el taller que después de que este comenzó, sin embargo esto es parcial ya que no se obtuvieron dos mediciones.

Con referencia a los niveles de presión sanguínea, estos oscilaron entre las categorías “*normal*” y “*optima*”, en cuanto a las primeras tres sesiones los niveles fueron “*optima*”, “*normal*” y “*optima*”, mientras que en la sesión cuatro obtuvo un nivel “*bueno*”, en la cinco disminuyó a “*normal*”, y en la séptima mejoró a “*optima*”, esto indica que los niveles de presión sanguínea no resultaron perjudiciales; además a nivel descriptivo, se observa una relación entre esta variable con los niveles de las variables psicológicas ya que en éstas se encuentran en niveles funcionales, esto se considera que guarda relación con lo mencionado por Manrique et al. (2013), las alteraciones de la salud mental representan una contribución importante en las enfermedades crónicas por ello, es necesario continuar impulsando los programas de promoción y prevención para mantener un bajo índice de enfermedades mantenido una relación entre lo biológico y lo psicológico.

Con referencia a los sujetos que conformaron el grupo de comparación, se consideró que aquellos susceptibles de ser comprados serían aquellos que obtuvieran mediciones a partir de las sesiones cuatro y cinco, debido a que ya a partir de estas sesiones los sujetos que habían participado en el taller tenían un tiempo para practicar los contenidos vistos en las sesiones, en función de ello, solo el sujeto tres y el sujeto seis cumplen con esta condición, sin embargo, ambos tienen las mediciones correspondientes a las sesiones cuatro y cinco, debido a que las sesiones siguientes dejaron de asistir.

Considerando lo anterior, el sujeto tres en sus niveles de glucosa, estos oscilaron entre “*malo*” y “*regular*”, en la sesión dos y tres sus niveles se mantuvieron en la categoría “*malo*”, en la cuatro se mantuvo en el nivel “*malo*”, y en la cinco disminuyó a “*regular*”; con respecto a los niveles de presión sanguínea, sus niveles oscilaron entre “*normal alta*” e “*hipertensión grado 2*”, en este sentido, en la sesión dos y tres obtuvo el nivel de “*hipertensión grado 2*” y en la cuatro y cinco obtuvo el nivel “*normal alta*”.

Finalmente, con respecto al sujeto seis, sus niveles de glucosa oscilaron entre los niveles “*muy malo*” y “*malo*”, entre la sesión uno y tres sus niveles fueron “*muy malo*”, “*malo*” y “*malo*”, mientras que en la sesión cuatro y cinco sus niveles se mantuvieron en los niveles “*malo*”, es decir, a partir de la sesión dos sus niveles se mantuvieron en la categoría de “*malo*”; con respecto a sus niveles de presión sanguínea, éstos se mantuvieron en un nivel “*óptimo*” en las cinco sesiones.

Así mismo, el segundo objetivo específico, el cual era “*Comparar los niveles de presión arterial y glucosa de los participantes que acudieron al taller y de los que no acudieron con el fin de identificar si existe una diferencia a nivel descriptivo en ambos*”

*grupos*” este se logró ya que se compararon los resultados obtenidos entre sujetos que participaron y los que decidieron no participar en el taller.

Finalmente, el que se haya encontrado una diferencia entre ambos grupos guarda relación con lo encontrado por Riveros et al. (2010), en donde tras llevar a cabo una intervención donde se observaron mejoras clínica y estadísticamente significativas en la gran mayoría de las variables como glucosa, actividad física, calidad de vida, ansiedad y depresión para la mayoría de los pacientes. Además de mejorar en estilos de afrontamiento conductual, cognitivo y solución de problemas.

Con respecto a las interrogantes planteadas, se consideran que estas también fueron respondidas satisfactoriamente, esto debido a que en torno a la primera interrogante: “*¿Habrá una diferencia en los niveles de presión sanguínea y glucosa entre el grupo de participantes adultos mayores que acudió al taller de TCC de los que no asistieron?*”, los resultados antes señalados indican que fue respondida.

En torno a la segunda interrogante: “*¿Los participantes que decidieron no asistir a la réplica del taller de TCC mantendrán los mismos niveles de hipertensión y glucosa a comparación de los que si asistieron?*”, y los resultados antes señalados indican que los niveles fueron estables ya que mantuvieron niveles similares.

Respecto a la hipótesis, se consideró que esta fue aceptada, la cual era “*Se encontrará una diferencia a nivel descriptivo en los niveles de presión sanguínea y glucosa entre el grupo de participantes adultos mayores que acudió al taller de TCC de los que no asistieron*”, ya que los resultados obtenidos mediante el registro que se llevó a cabo por el personal de enfermería y psicología una diferencia en resultados en sus niveles en los

sujetos que decidieron asistir al taller y al contrario los que decidieron no asistir al taller y a los chequeos mensuales, estos resultados concuerdan lo encontrado por Riveros, et al. (2005), en el cual señala que mediante una intervención de tipo cognitivo conductual aumenta la calidad de vida, ansiedad, depresión, en pacientes con enfermedades, en el cual esta mejoría se reflejó en las variables fisiológicas.

## **5.2 Conclusiones de la Intervención**

Con respecto a la importancia de esta investigación, se consideró que ésta tiene importancia en varias áreas, ya que a nivel del participante se considera que la intervención ayudó a conocer y tomar consciencia de la relación que tiene las alteraciones psicológicas sobre las enfermedades físicas, esto mediante el cumplimiento de sus actividades y los resultados obtenidos con ello.

Por otro lado, a nivel institucional en donde se llevó a cabo la investigación se considera que el presente estudio ayuda a promover a nivel sector salud la relevancia de trabajar las enfermedades biológicas junto con las alteraciones psicológicas fin de incrementar la calidad de vida de los pacientes.

A nivel social, pues este estudio generó información que indica una relación entre las enfermedades comunes como diabetes e hipertensión en adultos mayores con la ansiedad y la depresión la cual ayudará a que la población sea consciente de la relación entre lo físico y lo psicológico.

Así mismo, a nivel teórico de la investigación se considera que este es viable ya que se creó para estimular a nivel científico la relación, y aumentar la calidad de vida desde

variables biológicas y psicológicas. Por otro lado, a nivel profesional de la psicología se considera que es logable ya que se comprobó que hay factores psicológicos, conductuales y culturales que influyen para que los niveles de enfermedad y la salud física en el organismo se afecte, los cuales deben de tomarse en cuenta al momento de llevar a cabo investigaciones e intervenciones.

A nivel de otras disciplinas científicas, se considera que los resultados obtenidos enfatizan la necesidad de realizar un trabajo multidisciplinario para el trabajo con pacientes con enfermedades crónicas a fin de incrementar su calidad de vida. Así mismo, a nivel del investigador, ya que se considera que esta intervención ayuda a culminar el proceso para la titulación a nivel licenciatura, además de confirmar en el ámbito personal que con un trabajo multidisciplinario se aumenta la calidad de vida de un paciente.

Con respecto a la aplicación de los resultados, estos pueden ser empleados en diversas áreas siendo principalmente en el área de la salud, ya que se centra en la búsqueda del bienestar y el aumento de la calidad de vida de los pacientes, así mismo, que puede servir de fundamento en la elaboración de propuestas de líneas de investigación y de intervención, las cuales serán comentadas posteriormente en una sección del capítulo.

Por otro lado, durante la realización del estudio el investigador identificó una serie de obstáculos los cuales fueron en primera instancia la falta de interés y de compromiso, al formar parte del taller ya que al inicio únicamente se obtuvo a dos personas interesadas en su salud mental además de la física, en seguida con el paso de las sesiones se mostró en sujetos que decidieron no asistir el nulo interés de asistir no solo al taller si no al chequeo mensual de su salud física.

No obstante, estos se mediaron solo colaborando con los sujetos interesados por el taller, así mismo, se brindó motivación mediante las sesiones con actividades, sesiones de escucha para conocer y aconsejar en situaciones personales y desayunos para convivencia después del taller, considerando estas situaciones no afectaron de modo significativo el estudio puesto que se continuo trabajando y obteniendo algunos de los datos solicitados, además de lograr un ambiente de confianza para trabajar en él.

Por otro lado, el investigador considera que tras la realización del estudio se llevaron a cabo una serie de fallos tales como la organización de tiempos y el no contemplar el tiempo de terminación de la intervención de los enfermeros, sin embargo, estos se pudieron solucionar mediante pedir el apoyo de los enfermeros en las sesiones que no se coincidían y su asistencia en las sesiones, cuando ya había terminado su intervención, partiendo de ello, se considera que ello no alteró de manera significativa el estudio puesto que se tomaron los resultados en fechas indicadas y sin interrupciones.

Con respecto a las limitaciones del estudio cabe señalar que debido a su paradigma cualitativo según Hernández et al. (2014), las limitaciones que ello supone se mencionan que los pasos a seguir son de manera secuencial y probatorio, así mismo, se plantea un problema de estudio delimitado y concreto. De igual manera, porque incluye un marco teórico que ayuda a definir objetivos, es decir, que el investigador no afecta de ninguna manera los objetos de estudio.

Así mismo, dado que el alcance fue descriptivo este tiene como característica que busca describir fenómenos, situaciones, contextos y sucesos con el fin de detallar como son y cómo es que se manifiestan, en este caso se describe que sucedió dentro del taller con

sujetos dentro de él, y sujetos que decidieron no participar, sin embargo, no logró establecer una relación causal entre la relación descriptiva entre las variables biológicas y psicológicas, además de que los resultados no son representativos para la población, sin embargo los resultados estimulan la realización de estudios que tengan dicha finalidad.

### **5.3 Implicaciones de la Intervención**

Con respecto a la implicaciones de este estudio, el investigador considera que esta indagación genera nuevas líneas de intervención, las cuales, se mencionarán en la siguiente sección como recomendaciones, para llevarlas a cabo, así mismo, los resultados permitieron corroborar un tema mencionado en la sección pasada la cual se muestran que existen limitaciones para replicar una exploración, pero actualmente existen psicólogos conductuales de los cuales se han involucrado en cuestiones de salud como mencionan Reynoso, et al. (2005), que los psicólogos desarrollan acciones de manera conjunta para así modificar los estilos de vida a través del cambio conductual, de diseñar e implementar programas de entrenamientos en las personas esto para a largo plazo mejorar condiciones de salud y prevenir la aparición de enfermedades.

### **5.4 Recomendaciones y Propuestas para Futuras Intervenciones**

Como recomendaciones para futuras investigaciones, se recomienda el trabajo de manera conjunta desde lo biológico hasta lo psicológico, y explicar a detalles cuáles serán los beneficios de éste para convencer a más sujetos en participar, ya que en esta investigación se observó su falta de interés para mejorar su salud. Así mismo, considerar y orientar a los participantes ya que muchos atraviesan por situaciones clínicamente significativas las cuales afectan su desempeño. Además, se recomienda crear un ambiente

de confianza con el paso de las sesiones para generar participación, aprendizaje y apoyo, a fin de adquirir herramientas para enfrentar situaciones que experimentan, sumado a motivar a los participantes para lograr su asistencia a todo el taller.

Es así como de acuerdo con Moreno et al. (2005), mencionan en los resultados de su investigación la presión arterial afectada por la intervención psicológica, por lo que se destaca la importancia de incorporar nuevos estudios este tipo de indicadores, ya que es necesario conocer el real efecto de este tipo de interpretación, sobre la presión arterial.

Para iniciar una intervención sobre este tema, se recomienda realizar en primera instancia un ambiente cálido, de confianza, y empatía para generar participación, asistencia y apoyo de los sujetos y lograr resultados favorables. Y continuar con una motivación y mostrar interés constante por los participantes.

En este sentido, se recomienda replicar la investigación en una muestra o población más amplia a la realizada, esto ayudaría a incrementar el conocimiento sobre este tema y con ello generar una mayor solides entre la relación que tiene la sintomatología asociada con la ansiedad y depresión con la diabetes e hipertensión, por otro lado, se sugiere trabajar de manera conjunta con el personal de salud a fin de generar un trabajo interdisciplinario.

Así mismo, replicar esta investigación bajo el paradigma mixto, ya que este proceso recolecta, analiza y vincula datos cuantitativos, es decir, datos numéricos obtenidos y datos cualitativos que consiste en explicar, describir aspectos detallados de la investigación y con ello, generar una mayor solidez respecto a las conclusiones que se lleguen a obtener.

Otra de las recomendaciones, es emplear otros instrumentos de medición de variables esto en cuestión de las psicológicas y agregar nuevos pasos para realizar la

investigación, como aumentar las sesiones para así conocer resultados detallados de cada sesión y su participación en ella, este sentido destaca investigarse la calidad de vida, bienestar psicológico.

Por otro lado, se recomienda estudiar el fenómeno por más tiempo, esto mediante sesiones de seguimiento post intervención, además se recomienda estudiar sobre el tema en conjunto, con otras variables biológicas de las cuales no se consideró en la investigación y son padecimientos comunes en algunos adultos mayores como los niveles de triglicéridos, colesterol, pulso, entre otros síntomas que con la edad atrae y las cuales pueden guardar relación con variables psicológicas.

Además, estudiar el fenómeno en poblaciones diferentes a la estudiada por ejemplo en otras edades, ya que con esta investigación se confirmó que mediante padecimientos biológicos se desencadenan otros psicológicos o viceversa. Incluso se recomienda realizarla en sujetos en condiciones especiales tales como autismo, síndrome de Down, asperger, entre otras condiciones, esto considerando un apoyo dentro del taller y en las actividades a realizar.

Así mismo, se recomienda efectuar una campaña de prevención y concientización orientadas al público en general en la cual, se dé a conocer cómo es que se relaciona lo biológico a lo psicológico y como trabajando estas últimas se aumenta la calidad de vida en los sujetos.

Finalmente, el llevar a cabo el programa en el centro de salud en donde se realizó el estudio, en la cual se confirme un trabajo multidisciplinario para aumentar la calidad de

vida de los pacientes, además de aumentar la confianza en los pacientes en cuestión del trabajo en los servicios de salud como enfermería, nutrición y medicina.

A modo de conclusión, para este capítulo, tuvo por finalidad dar respuesta al planteamiento del problema, así como las secciones que surgen de este, para con ello analizar las conclusiones y limitaciones del mismo y así, presentar una serie de recomendaciones y sugerencias de intervención, partiendo de esto en las secciones siguientes se presentan las referencias en las que se basó este documento así como los anexos en donde se muestran ciertos materiales útiles durante la realización de la misma.

## Referencias

Aesthesis- Terapia Psicológica. (2016). *Ansiedad en la vejez*. Recuperado de <http://www.psicologosmadridcapital.com/blog/ansiedad-en-la-vejez/>

Alvarado, A. & Salazar, A. (2014). *Análisis del concepto de envejecimiento*. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2014000200002](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000200002)

Asociación de Diabetes. (2015). Segunda edición, *control de glucosa*. Recuperado de <http://archives.diabetes.org/es/vivir-con-diabetes/tratamiento-y-cuidado/el-control-de-la-glucosa-en-la-sangre/control-de-la-glucosa.html>

Centro de Salud Vista Hermosa (2017). *Información institucional*. Archivo de la institución. Matehuala, S.L.P.

Craig, G. & Baucum, D. (2009). Pearson novena edición, *Desarrollo psicológico*. (p.p. 541-559). Recuperado de <file:///C:/Users/Laura/Desktop/Libros%20para%20los%20alumnos%20del%20taller%20de%20TCC/Desarrollo%20Psicologico%20-%20Grace%20Craig.pdf>

Delgado, B. (2009). *Psicología del desarrollo: Desde la infancia a la vejez*. (p.p. 202-205) Recuperado de <file:///C:/Users/Laura/Desktop/Psicologia%20De%20El%20Desarrollo%20Volumen%202%20-%20Desde%20La%20Infancia%20A%20La%20Vejez%20-%20UNED.pdf>.

Díaz, L., Galán, S. & Fernández G. (1992). *Grupo de autocuidado de diabetes mellitus tipo*. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/106/10635207/>

Federación Mexicana de Diabetes A. C. (2014). *Diabetes en números, estadísticas en México*. Recuperado de <http://fmdiabetes.org/estadisticas-diabetes-inegi-2013/>

Fuentes, M. (2017). *México social: depresión agenda de riesgo*. Recuperado de <http://www.excelsior.com.mx/nacional/2017/04/04/1155769>

Heinze, G. & Camacho, P. (2010). *Guía para el manejo de la depresión*. Recuperado de <file:///C:/Users/Laura/Desktop/Libros%20para%20los%20alumnos%20del%20taller%20de%20TCC/Guía%20clínica%20para%20el%20manejo%20de%20la%20depresión.pdf>

Hernández, J. (2014). Plano informativo, *SLP de las entidades con mayor índice de ansiedad y depresión*. Recuperado de <http://planoinformativo.com/351919/slp-de-las-20-entidades-con-mayor-indice-de-depresion-y-ansiedad-slp>

Hernández, N. & Sánchez, J. (2007). LibrosEnRed, primera edición. *Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud*. (p.p. 274-278) Recuperado de [https://books.google.com.mx/books?id=EzlwZg\\_aH6AC&printsec=frontcover&source=gs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.mx/books?id=EzlwZg_aH6AC&printsec=frontcover&source=gs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)

Hernández, S. R., Fernández, C. C., & Baptista L. M. P. (2014). *Metodología de la investigación*. 6ª ed. México: McGraw-Hill Education.

Instituto Mexicano del Seguro Social. (s.f.). *Diagnóstico y tratamiento de diabetes mellitus en el adulto mayor vulnerable*. Recuperado de <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/657GRR.pdf>

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2017). *Hipertensión arterial de la población en México, una de las más altas del mundo*. Recuperado de <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201707/203>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2016). *Estadística sobre adultos mayores en México*. Recuperado de <https://www.gob.mx/inapam/galerias/estadisticas-sobre-adultos-mayores-en-mexico>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2014). *Estadística a propósito del día internacional de las personas de edad*. Recuperado de [file:///C:/Users/Laura/Desktop/Libros%20para%20los%20alumnos%20del%20taller%20de%20TCC/depresion\\_INEGI.pdf](file:///C:/Users/Laura/Desktop/Libros%20para%20los%20alumnos%20del%20taller%20de%20TCC/depresion_INEGI.pdf)

Instituto Nacional de las Mujeres. (2015). *Situación de los adultos mayores en México*. Recuperado en [http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos\\_download/101243\\_1.pdf](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101243_1.pdf)

Moreno, M., Contreras, D., Martínez, N., Araya, P., Livacic-Rojas, P. & Vera-Villarroel, P. (2006). *Evaluación del efecto de una intervención cognitivo-conductual sobre los niveles de presión arterial en adultos mayores hipertensos bajo tratamiento médico*. Recuperado de [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872006000400005&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872006000400005&script=sci_arttext&tlng=en)

Oblitas, L. (2010). *Psicología de la salud y calidad de vida*. (p.p. 121, 131, 132, 253, 254, 256) Recuperado de <file:///C:/Users/Laura/Desktop/Libros%20para%20los%20alumnos%20del%20taller%20de%20TCC/Oblitas.%20Psicologia%20de%20la%20salud%20y%20calidad%20de%20vi-da.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Depresión*. Recuperado en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Organización Mundial de la Salud. (2016). *Día mundial de la salud, vence a la diabetes*. Recuperado de <http://www.who.int/diabetes/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2013). *Información general sobre la hipertensión en el mundo: una enfermedad que mata en silencio, una crisis de salud pública mundial.*

Recuperado de [https://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/publications/global\\_brief\\_hypertension/es/](https://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/es/)

Organización Mundial de la Salud. (2014). *Informe mundial sobre diabetes.* Recuperado de <http://www.who.int/diabetes/global-report/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2016). *Informe mundial sobre la diabetes.* Recuperado de

[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204877/WHO\\_NMH\\_NVI\\_16.3\\_spa.pdf;jsessionid=1DC83F6A091129441F7C8AADACD41DBF?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204877/WHO_NMH_NVI_16.3_spa.pdf;jsessionid=1DC83F6A091129441F7C8AADACD41DBF?sequence=1)

Organización Mundial de la Salud. (2013). *Informe mundial de las enfermedades no transmisibles.* Recuperado de

[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149296/WHO\\_NMH\\_NVI\\_15.1\\_spa.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149296/WHO_NMH_NVI_15.1_spa.pdf?sequence=1)

Organización Mundial de la Salud. (2013). *Hipertensión.* Recuperado de <http://www.who.int/topics/hypertension/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2016). *Perfiles de los países para la diabetes.* Recuperado de [http://www.who.int/diabetes/country-profiles/mex\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/diabetes/country-profiles/mex_es.pdf?ua=1)

Papalia, D., Duskin, R. & Martorell, G. (2012). Duodécima edición, *Desarrollo humano.* (p.p. 575) Recuperado de <file:///C:/Users/Laura/Desktop/Libros%20para%20los%20alumnos%20del%20taller%20de%20TCC/Desarrollo%20Humano,%20Papalia,%202012%20Ed.pdf>

Plano informativo. (2015). *Hay más de 37 mil diabéticos en el estado*. Recuperado de <https://planoinformativo.com/425286/hay-mas-de-37-mil-diabeticos-en-el-estado-slp>

Puerta, J. & Padilla, D. (2011). Revista de la facultad de ciencias de la salud. *Terapia cognitivo-conductual (TCC) como tratamiento para la depresión: una revisión del estado del arte*. (p.-p 1-7) Recuperado de <file:///C:/Users/Laura/Desktop/Libros%20para%20los%20alumnos%20del%20taller%20de%20TCC/TCC%20como%20tratamiento%20para%20la%20depresion%20un%20revision%20del%20estado%20del%20arte.pdf>

Regader, B. (s.f.). *Terapia racional emotiva conductual de Albert Ellis*. Recuperado de <https://psicologiaymente.com/clinica/albert-ellis-terapia-racional-emotiva-conductual>

Reynoso, L. & Seligson, I. (2005). El manual moderno, *Psicología clínica de la salud – un enfoque conductual*. Recuperado de <https://books.google.com.mx/books?id=Te75iok5oAgC&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>

Riveros, A., Cortázar-Palapa, J., Alcázar, L. & Sánchez, S. (2005). International Journal of Clinical and Health Psychology. *Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales*, volumen (5), (p.p. 445-462) Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/337/33705302/>

Secretaria de Salud. (2016). *Encuestas Nacionales de salud y nutrición de medio camino 2016*. Recuperado en <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/209093/ENSANUT.pdf>

Secretaria de Salud. (2017). *Encuestas Nacionales de salud-resultados*. Recuperado en <https://www.gob.mx/salud/documentos/encuestas-nacionales-de-salud-resultados>

Secretaria de Salud. (2007). *Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999*. Recuperado en <http://www.dof.gob.mx/normasOficiales/3833/Salud/Salud.htm>

Secretaria de Salud. (2003). *Salud: México 2002*. Recuperado en <http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/evaluacion/anexos.pdf>

Secretaria de Salud. (2016). *Sistema de vigilancia hospitalaria de diabetes tipo 2*. Recuperado en [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/266507/dmt2\\_cierre\\_2016.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/266507/dmt2_cierre_2016.pdf)

Sepúlveda, J. (2003). Instituto Nacional de Salud Pública, *encuesta nacional de salud 2000*. Recuperado de <http://ensanut.insp.mx/informes/SanLuisPotosi-OCT.pdf>

Shamah-Levy, T., Cuevas-Nasu, L., Mundo-Rosas, V., Morales-Ruan, C. & Cervantes-Turrubiantes, L. (2008). *Estado de salud y nutrición de los adultos mayores en México: resultados de una encuesta probabilística nacional*. Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342008000500011&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342008000500011&script=sci_arttext)

## ANEXO A

### IDARE INVENTARIO DE AUTOVALORACIÓN

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

IDARE INSTRUCCIONES: Algunas expresiones que las personas usan para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y encierre en un círculo el número que indique cómo se siente generalmente. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero describa cómo se siente generalmente.

CASI ALGUNAS FRECUENTE- CASI NUNCA VECES MENTE SIEMPRE

21. Me siento bien	1	2	3	4
22. Me canso rápidamente	1	2	3	4
23. Siento ganas de llorar	1	2	3	4
24. Quisiera ser tan feliz	1	2	3	4
25. Me pierdo cosas por no poder decidirme rápidamente	1	2	3	4
26. Me siento descansado	1	2	3	4
27. Soy un persona “tranquila serena y sosegada”	1	2	3	4
28. Siento que las dificultades se amontonan al punto de no poder soportarlas	1	2	3	4
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	1	2	3	4
30. Soy feliz 1 2 3 4				
31. Me inclino a tomar las cosas muy a pecho	1	2	3	4
32. Me falta confianza en mí mismo	1	2	3	4

33. Me siento seguro	1	2	3	4
34. Trato de evitar enfrentar una crisis o dificultad	1	2	3	4
35. Me siento melancólico	1	2	3	4
36. Estoy satisfecho	1	2	3	4
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente	1	2	3	4
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	1	2	3	4
39. Soy una persona estable	1	2	3	4
40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado	1	2	3	4

## ANEXO B

### ESTADO

#### IDARE INVENTARIO DE AUTOVALORACIÓN

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

INSTRUCCIONES: Algunas expresiones que las personas usan para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y encierre en un círculo el número que indique cómo se siente ahora mismo, o sea, en estos momentos. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

NO UN POCO BASTANTE MUCHO

1. Me siento calmado	1	2	3	4
2. Me siento seguro	1	2	3	4
3. Estoy tenso	1	2	3	4
4. Estoy contrariado	1	2	3	4
5. Me siento a gusto	1	2	3	4
6. Me siento alterado	1	2	3	4
7. Estoy alterado por algún posible contratiempo	1	2	3	4
8. Me siento descansado	1	2	3	4
9. Me siento ansioso	1	2	3	4
10. Me siento cómodo	1	2	3	4

11. Me siento con confianza en mí mismo	1	2	3	4
12. Me siento nervioso	1	2	3	4
13. Estoy agitado	1	2	3	4
14. Me siento “a punto de explotar”	1	2	3	4
15. Me siento relajado	1	2	3	4
16. Me siento satisfecho	1	2	3	4
17. Estoy preocupado	1	2	3	4
18. Me siento muy excitado y aturdido	1	2	3	4
19. Me siento alegre	1	2	3	4
20. Me siento bien	1	2	3	4

## ANEXO C

### Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre:.....Estado Civil..... Edad:..... Sexo.....  
Ocupación..... Educación:.....Fecha:.....

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

#### 1. Tristeza

0 No me siento triste.

1 Me siento triste gran parte del tiempo

2 Me siento triste todo el tiempo.

3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

#### 2. Pesimismo

0 No estoy desalentado respecto de mi futuro.

1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.

2 No espero que las cosas funcionen para mí.

3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

#### 3. Fracaso

0 No me siento como un fracasado.

1 He fracasado más de lo que hubiera debido.

2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.

3 Siento que como persona soy un fracaso total.

#### 4. Pérdida de Placer

0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.

1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.

2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.

3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

#### 5. Sentimientos de Culpa

0 No me siento particularmente culpable.

1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho

2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.

3 Me siento culpable todo el tiempo.

#### 6. Sentimientos de Castigo

0 No siento que este siendo castigado

1 Siento que tal vez pueda ser castigado.

2 Espero ser castigado.

3 Siento que estoy siendo castigado.

#### 7. Disconformidad con uno mismo.

0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.

1 He perdido la confianza en mí mismo.

2 Estoy decepcionado conmigo mismo.

3 No me gusta a mí mismo.

#### 8. Autocrítica

0 No me critico ni me culpo más de lo habitual

1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo

2 Me critico a mí mismo por todos mis errores

3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

0 No tengo ningún pensamiento de matarme.

1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría

2 Querría matarme

3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

0 No lloro más de lo que solía hacerlo.

1 Lloro más de lo que solía hacerlo

2 Lloro por cualquier pequeñez.

3 Siento ganas de llorar, pero no puedo.

11. Agitación

0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.

1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.

2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto

3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12 Pérdida de Interés 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.

1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.

2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.

3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.

1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones

2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.

3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

0 No siento que yo no sea valioso

1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme

2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.

3 Siento que no valgo nada.

#### 15. Pérdida de Energía

0 Tengo tanta energía como siempre.

1. Tengo menos energía que la que solía tener.

2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado

3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

#### 16. Cambios en los Hábitos de Sueño

0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.

1<sup>a</sup>. Duermo un poco más que lo habitual.

1b. Duermo un poco menos que lo habitual.

2a Duermo mucho más que lo habitual.

2b. Duermo mucho menos que lo habitual

3<sup>a</sup>. Duermo la mayor parte del día

3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

#### 17. Irritabilidad

0 No estoy tan irritable que lo habitual.

1 Estoy más irritable que lo habitual.

2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.

3 Estoy irritable todo el tiempo.

#### 18. Cambios en el Apetito

0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.

1<sup>a</sup>. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.

1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.

2a. Mi apetito es mucho menor que antes.

2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual

3<sup>a</sup> . No tengo apetito en absoluto.

3b. Quiero comer todo el día.

#### 19. Dificultad de Concentración

0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.

1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente

2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.

3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

#### 20. Cansancio o Fatiga

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

#### 21. Pérdida de Interés en el Sexo

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

PUNTAJE TOTAL: \_\_\_\_\_